

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 6**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação do Programa de Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na
UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI**

Andrea Nunes Lima Franco Barbosa

Pelotas, 2015

ANDREA NUNES LIMA FRANCO BARBOSA

**Qualificação do Programa de Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na
UBS/ESF Antônio José da Silva de Cabeceiras do Piauí, PI**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD – UNASUS/UFPel, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Seiko Nomiya

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B238q Barbosa, Andrea Nunes Lima Franco

Qualificação do programa de atenção à saúde da
criança de 0 a 72 meses na UBS/ESF Antônio José da Silva
de Cabeceiras do Piauí, PI / Andrea Nunes Lima Franco
Barbosa ; Seiko Nomiya, orientadora. — Pelotas, 2015.
74 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em
Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.
Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I.
Nomiya, Seiko, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Andrea Nunes Lima Franco Barbosa

Qualificação do Programa de Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na
UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Universidade Aberta do SUS.

Data da Defesa: 07 de fevereiro de 2015.

Banca examinadora:

Profª Esp. Seiko Nomiyama (Orientadora)
Especialista em Vigilância Sanitária pelas Faculdades Albert Einstein

Profª Me Fernanda Vargas Ferreira
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria

Profª Esp. Marcela Soares de Lima Brant
Especialista em Gestão de Sistemas de Saúde para Auditores do SUS pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia

Dedico este trabalho aos meus pais, a quem devo minha vida, minha formação moral e todas as minhas conquistas.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, sob todas as coisas, onde depositei os desejos do meu coração. Agradeço por me conduzir e está sempre presente nas grandes realizações da minha vida.

À Universidade Federal de Pelotas (UFPel) por me proporcionar uma qualificação profissional.

À minha orientadora Seiko Nomiyama por todo o suporte disponibilizado no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos que foram essenciais para a concretização deste estudo.

A todos os profissionais da UBS Antônio José da Silva por contribuir para a que este trabalho fosse realizado com sucesso.

Ao gestor da cidade de Cabeceiras do Piauí que se mostrou prestativo e interessado para a implantação e sucesso da intervenção.

A todas as mães e ou responsáveis pelas crianças que diretamente contribuíram para o sucesso deste trabalho já que tivemos uma boa adesão da comunidade.

Aos meus familiares e amigos por toda a força e incentivo durante a construção e implantação da intervenção.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, os meus sinceros agradecimentos.

“As grandes ideias surgem da observação dos pequenos detalhes”.

Augusto Cury

Lista de Figuras

Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde da criança na UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	46
Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	47
Figura 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	48
Figura 4. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	49
Figura 5. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	50
Figura 6. Proporção de crianças de 6 a 24 meses recebendo suplementação de ferro, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	50
Figura 7. Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	51
Figura 8. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	53
Figura 9. Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	55
Figura 10. Proporção de crianças que realizaram a primeira consulta odontológica programática, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	56
Figura 11. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	57
Figura 12. Proporção de crianças de 6-72 meses que realizaram fluoroterapia, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	59
Figura 13. Proporção de crianças com primeira consulta odontológica programática que foram classificadas como de alto risco para cárie (D,E,F), UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	60
Figura 14. Proporção de crianças de 6-72 meses que realizaram a primeira consulta odontológica e receberam fluoroterapia, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.	60

Lista de abreviaturas/siglas

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CEO: Centro especializado odontológico

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HIPERDIA: Programa de acompanhamento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF: Núcleo de Atenção à Saúde da Família

PI: Piauí

PSE: Programa de Saúde na Escola

RN: Recém-Nascido

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

T3L: Triiodotironina Livre

T4L: Tiroxina Livre

TCC: Trabalho de Conclusão do Curso

TSB: Técnico em Saúde Bucal

TSH: Hormônio Tireoestimulante

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPeI: Universidade Federal de Pelotas

UNASUS: Universidade Aberta do SUS

US: Ultrassonografia

USF: Unidade de Saúde da Família

VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

Sumário

Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	18
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos	20
2.2.1 Objetivo Geral	20
2.2.2 Objetivos Específicos em Saúde da Criança.....	20
2.2.3 Objetivos Específicos em Saúde Bucal	21
2.3 Metas.....	21
2.3.1 Metas em Saúde da Criança	21
2.3.2 Metas em Saúde Bucal	22
2.4 Metodologia.....	23
2.4.1 Ações	23
2.4.2 Indicadores.....	33
2.4.3 Logística	39
2.4.4 Cronograma	42
3 Relatório de Intervenção	43
3.1 Ações previstas e realizadas.....	43
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	43
3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados	44
3.4 Incorporação das ações à rotina do serviço	44
4 Avaliação da Intervenção	45
4.1 Resultados	45
4.1.1 Indicadores – Saúde da Criança	45
4.1.2 Indicadores – Saúde Bucal.....	55
4.2 Discussão.....	61
4.2.1 Importância da intervenção para a equipe	61
4.2.2 Importância da intervenção para o serviço.....	61
4.2.3 Importância da intervenção para a comunidade.....	62

4.2.4 Reflexões em relação à intervenção	62
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	63
4.4 Relatório da intervenção para comunidade	65
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	67
Referências	68
Anexos	69
Anexo A.....	70
Anexo B.....	72
Anexo C.....	73
Anexo D.....	74
Anexo E.....	75

Resumo

BARBOSA, Andrea Nunes Lima Franco. **Qualificação do Programa de Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na UBS/ESF Antônio José da Silva de Cabeceiras do Piauí, PI.** 2015. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

O cuidado com a saúde da criança inclui medidas importantes como o apoio ao aleitamento materno, orientações sobre imunizações, realização do teste do pezinho e acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança. Essas medidas visam melhorar progressivamente o índice de mortalidade infantil. O presente trabalho apresenta o detalhamento de uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção às crianças de zero a 72 meses residentes na área adstrita à Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família Antônio José da Silva, no município de Cabeceiras do Piauí. A intervenção fez parte do curso de especialização em saúde da família e ocorreu em um período de doze semanas. Realizaram-se ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As ações foram planejadas e organizadas de acordo com o Caderno de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a ficha espelho da saúde da criança e da saúde bucal. Os dados foram inseridos na planilha eletrônica do Programa Excel para a visualização e análise dos indicadores. Tivemos resultados satisfatórios, conseguindo alcançar a cobertura de 78,1% (139/178) que inicialmente era de crianças 25,3% (45/178). Dentre as crianças cadastradas, 99,3% foram monitoradas em relação ao crescimento; 98,6% quanto ao desenvolvimento; 100% receberam suplementação de ferro; e 100% receberam avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico. Desta forma, é possível evidenciar que o planejamento, a organização e o empenho de toda equipe e a participação da comunidade foram essenciais para o alcance dessas metas.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; saúde da criança; puericultura; saúde bucal.

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPeL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada à melhoria na saúde da criança, no município de Cabeceiras do Piauí e intitulada Qualificação do Programa de Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS/ESF Antônio José da Silva de Cabeceiras do Piauí, PI.

O volume está organizado e interligado em cinco unidades de trabalho sequenciais. Na primeira parte observamos a **análise situacional** desenvolvida na unidade 1 do curso, cujo conteúdo aborda o detalhamento do município, da UBS, da equipe e da comunidade. Na segunda parte é apresentada a **análise estratégica** por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o **relatório da intervenção** que relata as ações ocorridas durante as 12 semanas de intervenção e que corresponde à unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a **avaliação dos resultados da intervenção**, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos e analisados ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a **reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março de 2014 e o presente trabalho é requisito parcial para finalização do curso e obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da APS/ESF

O texto inicial foi confeccionado durante as semanas de ambientação do curso, no período compreendido entre 28 de março a 03 de abril de 2014.

Graduada em medicina há nove meses, esta é a segunda equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tenho a oportunidade de atuar, a UBS em que estamos lotados está localizada na zona urbana de Cabeceiras/Piauí.

A equipe que trabalho é uma única localizada na zona urbana, assim sendo atua em uma UBS com superlotação já que a população adstrita à equipe é grande. Isso acontece porque muitas vezes a população da cidade utiliza a Unidade Básica de Saúde (UBS) como o “hospital da cidade”, o que prejudica o andamento do trabalho da equipe de ESF.

Tal problema perdura há bastante tempo conforme informações de outros profissionais que já trabalham na equipe há muitos anos. Eles comentam ser um problema cultural, já que a população, em geral, tem a ideia de que a assistência prestada na zona urbana tem mais valia do que aquela prestada na zona rural, talvez porque nesta UBS existem ainda outros atendimentos médicos especializados, além de fisioterapeutas e nutricionistas.

Por outro lado, a UBS apresenta uma boa estrutura física, com consultórios (médico, odontológico e de enfermagem) adequados e climatizados. Apresenta ainda, sala de vacina, sala de sutura e curativos, sala para medicações injetáveis e nebulização, farmácia, sala para repouso para os usuários mais debilitados e recepção com muitas cadeiras para adequada recepção dos usuários.

Os principais problemas observados na unidade básica de saúde são: a falta de alguns medicamentos básicos como anti-inflamatórios e antibióticos; equipamentos para realização de curativos e suturas que deixam a desejar; falta de compromisso de alguns profissionais no acolhimento aos usuários e a não aderência ao tratamento de alguns usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Apesar de tais problemas, a equipe trabalha de forma conjunta e unida com o objetivo de prestar uma assistência adequada à população. Médico, enfermeiro,

cirurgião-dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) tentam suprir os problemas de forma conjunta.

Com o objetivo de melhorar a assistência, são realizadas palestras na unidade de saúde com o objetivo de esclarecer dúvidas da população sobre temas como: pré-natal, a importância da vacinação infantil, a importância da escovação para saúde dentária, conscientização quanto ao uso correto de medicação anti-hipertensiva e para diabéticos, entre outros.

O que carece ser melhorado é esse redirecionamento dos usuários para suas devidas UBS que assistem a sua área, para que assim, a UBS a qual participo possa atender apenas aqueles usuários da área, prestando uma melhor assistência de saúde a eles. Além disso, a gestão tem a função de suprir a farmácia com os medicamentos básicos para que ao fim de cada mês não ocorram faltas, além da troca de alguns materiais para curativos e suturas. Ressalto que foi solicitado ao gestor uma lista de medicamentos necessários e a troca de alguns materiais para a sala de sutura e curativos.

Espera-se poder contribuir com devido conhecimento durante este ano para que a saúde dessa população seja melhorada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O relatório da análise situacional foi confeccionado durante as semanas da Unidade I do curso, no período compreendido entre 23 a 29 de maio de 2014.

Inicialmente, cabe ressaltar que fui transferida da unidade em que foram aplicados os questionários para a UBS Antônio José da Silva. O curso de especialização trabalhou com um cronograma rigoroso, portanto, não foi possível aplicar todos os questionários novamente, mas foi possível examinar a estrutura da UBS, os serviços ofertados, o perfil da comunidade e dos profissionais e as principais limitações e potencialidades da área de abrangência.

Exerço atividade na cidade de Cabeceiras do Piauí, localizada a aproximadamente 98 km da capital do Piauí, Teresina. O município possui uma população de 9.928 habitantes de acordo com a estimativa calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

O sistema municipal de saúde possui, na atenção básica, quatro equipes de Saúde da Família, sendo que três equipes atuam em unidades básicas de saúde da zona rural e uma na unidade mista localizada na zona urbana. Possui ainda um

NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) composto por um nutricionista, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma educadora física, um cardiologista e um ortopedista.

Os médicos especialistas (ortopedista e cardiologista) realizam consultas com periodicidade semanal, já as outras especialidades são encaminhadas para a realização de consultas na capital; a nutricionista, as fisioterapeutas, a psicóloga e a educadora física atendem a população diariamente conforme agendamento e encaminhamento do médico da Atenção Básica.

Ressalta-se que algumas especialidades, como neurologia, endocrinologia e dermatologia têm pouca disponibilidade de vagas, porém, outras como cardiologia, pediatria e ginecologia, a oferta é maior, levando menos tempo para os usuários conseguirem o agendamento.

Na rede de apoio ao diagnóstico, temos a realização de ultrassonografia, eletrocardiograma e coleta de materiais como sangue e urina para realização de alguns exames laboratoriais, como hemograma, glicemia de jejum, ureia, creatinina, parcial de urina, parasitológico de fezes, exames da rotina pré-natal e outros. Os demais exames como ecocardiograma, mamografia, TSH (hormônio tireoestimulante), T4L (Tiroxina Livre) e T3L (Triiodotironina Livre), ultrassonografia (US) com Doppler são referenciados para serem realizados em cidades próximas como Teresina, Barras e Campo Maior.

O município não conta com nenhum serviço na atenção hospitalar. Todos os usuários em situação de urgência são atendidos na unidade mista da zona urbana e, se necessário, são posteriormente encaminhados ao hospital das cidades de referência que são Campo Maior, Barras e Teresina.

Desempenho atividades na UBS Antônio José da Silva, localizada na zona rural da cidade. Nela funciona apenas uma equipe de ESF, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de saúde bucal (TSB), uma recepcionista, um vigilante, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista. A unidade não tem vínculo com instituições de ensino.

A UBS é pequena, possui apenas três consultórios arejados e climatizados, recepção, farmácia, copa/cozinha, dois banheiros e sala de medicação, onde são feitos os curativos e a nebulização. Não possui acesso para cadeirantes nem sala para acolhimento. Embora tenha sido construída para ser unidade de saúde, sua

estrutura física não se adéqua aos padrões que o Ministério da Saúde preconiza. Por não ter sala de espera, os usuários ficam esperando no corredor ou no terraço da Unidade.

Na atenção à saúde bucal temos atendimentos diários que são feitos por um cirurgião-dentista. Os materiais necessários encontram-se disponíveis na UBS, porém tem um problema local de falta de água e luz na UBS que por vezes prejudica os atendimentos.

Alguns problemas que também foram observados na Unidade Básica de Saúde são: a falta de alguns medicamentos básicos, tais como anti-inflamatórios e antibióticos na farmácia da UBS e a dificuldade em conscientizar usuários com hipertensão e/ou diabetes à adesão ao tratamento.

A equipe trabalha muito unida, todos cumprem devidamente seu papel e um auxilia o outro sempre que necessário, favorecendo o processo de trabalho e fazendo com que algumas limitações sejam superadas.

A área de abrangência da UBS possui 2.724 habitantes, o que está de acordo com o parâmetro do Ministério da Saúde. Na distribuição por sexo, 1.410 são do sexo masculino e 1.314 do sexo feminino segundo dados obtidos no SIAB do ano de 2013. Existem comunidades que moram bem distantes da unidade de saúde. Estas pessoas praticamente ficam sem atendimento, pois pela distância a procura é muito pouca. Como forma de minimizar esse problema, programaram-se alguns atendimentos em escolas nessas áreas, entretanto, não tem como ser feito atendimento odontológico, pois faltam instalações apropriadas.

Todos os usuários são bem orientados e acolhidos quando chegam à UBS. Os atendimentos são realizados através de espera por ordem de chegada, com limite de vinte fichas, porém, em caso de urgência todos são atendidos e casos eletivos já são agendados para o dia seguinte.

A equipe abrange uma área que tem 178 crianças. Estas são acompanhadas por um enfermeiro, que avalia peso, crescimento e calendário vacinal sendo posteriormente encaminhadas para a consulta médica. A taxa de adesão a essas consultas é baixa, portanto, para ampliar o número de crianças acompanhadas, toda criança que busque atendimento por motivo de doença também recebe uma consulta de puericultura do médico como forma de acompanhar seu crescimento e desenvolvimento.

Mesmo com todo o empenho dos ACS em orientar as mães a levar as crianças para a consulta de puericultura e nas atividades de educação em saúde envolvendo os profissionais de saúde em creches e escolas como forma de aproximar essas crianças da unidade de saúde, a adesão é insuficiente, pois existe uma cultura dessa população de procurar o serviço somente na existência de doença. Os responsáveis por essas crianças são orientados a retornar para seguimento, porém, a adesão é pequena.

O programa de pré-natal e puerpério é realizado de forma conjunta entre médica e enfermeiro, ou seja, os atendimentos são intercalados mensalmente entre os dois profissionais. Caso seja necessária alguma consulta com o especialista, as gestantes são encaminhadas. Como forma de aproximá-las do serviço e de esclarecer suas dúvidas, algumas palestras são realizadas na própria UBS tendo como foco a amamentação, o puerpério e o pré-natal.

Em relação à prevenção e controle do câncer de colo de útero bem como do câncer de mama, todas as mulheres são orientadas sobre a importância da realização do exame citopatológico para prevenção do câncer de colo do útero. Além disso, a mamografia é realizada anualmente, a partir dos quarenta anos, por mulheres sem histórico familiar de câncer de mama, podendo ser realizado anteriormente por mulheres em situação de risco. Estes casos costumam iniciar o acompanhamento aos trinta e cinco anos ou cerca de dez anos antes do parente de primeiro grau que teve câncer de mama, numa idade mais jovem (antes da menopausa).

Fica difícil ter um controle com relação à periodicidade dos exames realizados por todas as mulheres já que muitos prontuários são perdidos e muitos resultados de exames se perdem porque essas mulheres não vão mostrá-los, porém, sempre que uma usuária é atendida na unidade, seu prontuário é revisado e é observada a necessidade da indicação da realização desses exames no momento da consulta. Além disso, esse tema também é colocado em pauta nas reuniões da UBS e tem se discutido a criação de um livro para anexar todos os resultados de citopatológico.

Em relação à atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, temos implantado o programa HIPERDIA (Programa de acompanhamento aos usuários hipertensão e/ou diabéticos) e os atendimentos são realizados semanalmente. São observados o controle da doença, o uso correto de medicação, a necessidade de ajuste de doses de medicamentos, as orientações dietéticas e as orientações para a

realização de práticas de atividades físicas. A dificuldade encontra-se na cobertura das áreas mais distantes. Já foi observado que os moradores dessas localidades só têm atendimento quando nos deslocamos para as escolas próximas às suas casas.

Com relação à Saúde dos Idosos, temos como prioridade as seguintes ações específicas: alimentação, prática corporal, atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e prevenção da violência e estímulo à cultura de paz. Todas as recomendações sobre como relacionar-se com o usuário idoso, contidas no caderno de atenção básica no acolhimento à pessoa idosa, são levadas em consideração na hora do acolhimento e atendimento a essa população na unidade. A dificuldade encontra-se no acesso à UBS, que não tem rampa na entrada nem corrimão nos corredores. Para minimizar o problema, sempre a recepcionista auxilia o idoso dando apoio ao seu deslocamento na unidade caso ele se encontre sem acompanhante.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Realizando uma comparação entre o texto inicial e o segundo texto fica evidente que durante a confecção do primeiro texto a visão era limitada. O segundo texto foi construído ao longo de algumas semanas de forma pausada e, embora não tenham sido aplicados todos os questionários minuciosamente, pude evidenciar cada item relatado, examinando suas dificuldades e facilidades. Desta forma, os dois textos ajudaram a conhecer a realidade da atenção primária no município, contribuindo para a escolha do foco de intervenção.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas no Brasil nas últimas décadas, que mostraram a progressiva melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, acabaram forçando uma reorganização de prioridades na Agenda da Saúde Pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança. No entanto, isso precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possa garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

Os cuidados na Atenção Básica esperam garantir uma visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e recém-nascido (RN) para orientação de todos sobre o cuidado de ambos; deve-se ainda estimular a presença do pai sempre que possível. Além disso, é importante o apoio ao aleitamento materno, orientações sobre imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho etc. Na sequência, é necessário um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança, inclusive com a busca de faltosos (BRASIL, 2012).

O município de Cabeceiras do Piauí, PI, com população estimada de 9.928 habitantes (IBGE, 2013), tem famílias residentes predominantemente em área rural. E a Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio José da Silva, localizada na zona rural de Cabeceiras do Piauí, é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista, um técnico de saúde bucal (TSB), seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista, um vigilante, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista. A estrutura física compreende três consultórios apropriados para que médico, dentista e enfermeiro trabalhem adequadamente, uma sala de espera, três banheiros, uma sala de procedimentos e uma sala de vacina. Não possui itens de acessibilidade para cadeirantes e idosos e nem sala de reunião, expurgo e esterilização.

A área de abrangência atende, aproximadamente, 2.724 habitantes. Destes, 178 são de crianças de 0 a 72 meses. Essas crianças, atualmente, são atendidas e

acompanhadas à medida que procuram a UBS, portanto, não existe um acompanhamento programado, o que compromete a assistência às mesmas. No entanto, apesar disso todas as crianças são vacinadas de acordo com o calendário básico, existindo ainda uma preocupação da equipe em pesquisar sobre as crianças faltosas para atualizar calendário vacinal.

A cobertura inicial da atenção à saúde da criança antes do início da intervenção era de 25,3% (45/178). Dessa forma, o programa de atenção à saúde da criança na UBS embora possa ser considerado implantado, já que há a oferta de várias ações do mesmo no serviço, além de não fazer o acompanhamento periódico agendado de todas as crianças, encontra-se bastante deficiente quanto consulta com dentista, suplementação de ferro, orientar às mães para prevenir acidentes na infância e realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para as crianças cadastradas e, portanto, não está realizando as ações necessárias.

A equipe está bastante integrada e motivada a contribuir com a intervenção, o que se configura como um aspecto positivo para a realização do projeto. Outro fator que contribuirá para que a intervenção se torne viável é a receptividade da comunidade. A grande dificuldade que encontraremos será conscientizar as mães a trazerem crianças saudáveis para consultas na UBS, já que existe uma crença de que consulta médica é para doente. Nos entanto, acreditamos que, com o apoio de todos os profissionais, principalmente dos ACS, que estão em contato diário com essas crianças, poderemos trazê-las para consultas de puericultura. A intervenção certamente ampliará o atendimento e melhorará a qualidade do serviço, beneficiando a população da área adstrita.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a qualidade do atendimento à saúde da criança.

2.2.2 Objetivos Específicos em Saúde da Criança

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre 0-72 meses.
2. Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças entre 0-72 meses.
3. Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

6. Promover a saúde das crianças.

2.2.3 Objetivos Específicos em Saúde Bucal

1. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática das crianças de 6-72 meses.

2. Melhorar a qualidade do atendimento odontológico das crianças de 6-72 meses.

3. Melhorar a adesão das crianças ao atendimento odontológico.

4. Melhorar o registro das informações.

5. Promover a saúde bucal da criança.

2.3 Metas

2.3.1 Metas em Saúde da Criança

Referente ao objetivo 1

1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Referentes ao objetivo 2

2 Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

3 Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

4 Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

5 Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

6 Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

7 Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

8 Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a 24 meses.

9 Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

10 Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida.

11 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Referente ao objetivo 3

12 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Referente ao objetivo 4

13 Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças acompanhadas no serviço.

Referente ao objetivo 5

14 Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Referentes ao objetivo 6

15 Fornecer orientações para prevenir acidentes na infância para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

16 Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

17 Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

18 Fornecer orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

2.3.2 Metas em Saúde Bucal**Referente ao objetivo 1**

1 Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 40% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Referente ao objetivo 2

2 Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Referente ao objetivo 3

3 Realizar busca ativa de 100% das crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática.

4 Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas subsequentes.

Referente ao objetivo 4

5 Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Referentes ao objetivo 5

6 Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

7 Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

8 Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

2.4 Metodologia**2.4.1 Ações**

Para alcançar as metas em relação ao atendimento em saúde da criança, as ações foram divididas em quatro eixos estruturantes: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Cada eixo contempla um conjunto de ações referentes às metas propostas.

2.4.1.1 Ações em Saúde da Criança**Monitoramento e Avaliação**

O atendimento às crianças será monitorado mensalmente na ficha espelho. Ao final de cada mês será feita uma lista de controle desses atendimentos através dos registros de atendimentos diários da UBS.

Será monitorado mensalmente na ficha espelho o número de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. A equipe observará a data provável do parto nas últimas consultas de pré-natal para não deixar passar a consulta da primeira semana de vida do recém-nascido.

Será monitorado mensalmente na ficha espelho o número de crianças com avaliação da curva de crescimento, com déficit de peso e com excesso de peso. O prontuário e a ficha espelho das crianças com déficit ou excesso de peso serão identificados com sistema de alerta, através da colocação de etiquetas vermelhas para um acompanhamento mais minucioso, ou seja, durante as consultas dessas

crianças, além de encaminhá-las para as nutricionistas, será verificada a periodicidade desses atendimentos, comparação do peso da criança na consulta com o da consulta anterior, verificação da prática de esportes dessa criança e verificação da participação dos pais nas mudanças de hábitos alimentares, já que os pais têm um papel fundamental no acompanhamento da criança. No caso de sobrepeso ou obesidade, os pais e/ou responsáveis devem ter a noção de que é um tratamento longo, que vai exigir muita determinação e motivação e que pode haver altos e baixos. Muitas das medidas a serem tomadas devem ser mantidas durante toda a vida.

Será monitorado mensalmente nas fichas espelho o número de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo. Também será monitorado mensalmente na ficha espelho o número de crianças com vacinas atrasadas e com vacinação incompleta ao final de cada consulta. Na ficha espelho será monitorado mensalmente o número de crianças entre seis e 24 meses que receberam suplementação de ferro. Nas consultas será investigado se as crianças estão usando corretamente o medicamento.

Será monitorado mensalmente na ficha espelho o número de crianças que realizaram triagem auditiva e/ou que receberam orientações sobre o exame e que realizaram o teste do pezinho até o sétimo dia de vida. No caso da triagem auditiva (teste da orelhinha), os pais e/ou responsáveis serão orientados em relação ao exame, contudo, nossa equipe não tem condições de garantir a realização do teste, uma vez que no município não há oferta do serviço.

Será monitorado mensalmente na ficha espelho de saúde bucal da criança o número de crianças de 6 a 72 meses de idade que foram avaliadas quanto à necessidade de tratamento odontológico e o número delas que se encontra em tratamento odontológico.

Será monitorado semanalmente na ficha espelho o número de crianças com consultas em dia conforme protocolo e o número de crianças faltosas que receberam busca ativa.

Serão monitorados mensalmente todos os registros de acompanhamento da criança na unidade de saúde (prontuário, fichas espelho, cartão de vacinação, relatórios de produção do SIAB, ficha C e livro de registros). A ficha C é o instrumento utilizado para o acompanhamento da criança, ela é uma cópia do Cartão da Criança padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços

de saúde nos municípios. Este Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade de saúde deve possuir este cartão.

Será monitorado mensalmente na ficha espelho o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e, entre elas, as que se encontram com acompanhamento de puericultura em atraso. Também será monitorada a realização de busca ativa dos faltosos.

Será monitorado mensalmente na ficha espelho o registro das orientações sobre prevenção de acidentes, o número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta e o número de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais e sobre higiene bucal de acordo com a idade da criança.

Organização e Gestão do Serviço

Com o trabalho dos ACS e do enfermeiro da unidade, todas as crianças entre 0 e 72 meses ainda não acompanhadas na UBS, serão cadastradas e convidadas, em visitas às suas residências, a fazer uma consulta na UBS. As crianças desta faixa etária já atendidas na unidade serão organizadas em uma lista para serem agendadas para as consultas programáticas de puericultura. Além disso, os atendimentos de todas serão priorizados pela disponibilidade de um dia na semana com agendamento aberto apenas para elas.

Será criada na unidade a rotina de visita da equipe de saúde (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e ACS) para visitar as puérperas e seu RN (recém-nascido) na primeira semana de vida. A gestão será contatada antes mesmo do início da intervenção para ser esclarecida sobre a importância desta visita, quando solicitaremos a garantia de transporte para as visitas nos locais mais distantes. Os ACS farão também uma busca ativa às mães que não tiverem comparecido com sua criança à UBS após o nascimento, mesmo tendo ocorrido a visita da equipe de saúde.

Solicitaremos à gestão a compra e manutenção dos materiais adequados para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Serão solicitadas ainda três cópias impressas do protocolo adotado na intervenção para serem disponibilizadas no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Após conversa com o setor de marcação de consulta, a equipe pactuará com a gestão o fluxo de encaminhamento e atendimento das crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Será pactuada com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, assim como a quantidade de medicamento (sulfato ferroso) necessária para suprir a suplementação das crianças de 6 a 24 meses de idade. Será garantido na UBS o atendimento imediato para a realização das vacinas (porta aberta), pois a equipe será instruída para agilizar este fluxo na UBS quando a criança comparecer. Para garantir a qualidade adequada das vacinas e do serviço, será intensificado o controle da cadeia de frio e também do estoque, evitando falta de vacina ou vencimento da data de validade dos imunobiológicos.

A equipe buscará o gestor de saúde para pactuar a garantia de realização do teste auditivo para os RN em local referenciado e a disponibilização de material para realização do teste do pezinho na UBS.

As crianças de 6 a 72 meses de idade que comparecerem à UBS para qualquer procedimento, delas ou de seus familiares, terão prioridade de atendimento com a equipe de saúde bucal para realização da avaliação da necessidade de tratamento odontológico. A rotina deste encaminhamento será estabelecida entre a equipe, em reunião formal. Fará parte da avaliação a observação do risco de saúde bucal da criança, bem como a existência de risco de saúde geral conforme informação da médica e/ou da enfermeira para a equipe de saúde bucal. As crianças que apresentarem risco de saúde geral deverão ser informadas para a equipe de saúde bucal através de lista atualizada semanalmente. A agenda de saúde bucal será organizada para reservar vaga para até quatro avaliações e dois tratamentos diários. Havendo necessidade e possibilidade na agenda, um número diário maior poderá ser agendado.

Serão organizadas visitas domiciliares semanalmente, especialmente dos ACS, para buscar crianças faltosas. A agenda de atendimentos da unidade estará aberta para remarcar a consulta da criança, facilitando o retorno da mesma e a adesão ao programa.

Será garantido o preenchimento mensal dos relatórios de produção do SIAB e ficha C (ficha da criança). Atualmente, caderneta da criança só é utilizada para verificação de vacinação em dia. Peso, altura e perímetro cefálico, por exemplo, não são anotados e nem colocados nas curvas de acompanhamento. Será implantado

na unidade o correto preenchimento do cartão da criança e a obrigatoriedade do seu uso em todas as consultas dessas crianças. A equipe implantará as curvas de crescimento para meninos e meninas disponibilizada pelo curso de especialização e pactuará em reunião de equipe o correto e completo preenchimento de todos esses registros. Na reunião de equipe será proposto que o enfermeiro seja responsável pelo monitoramento dos registros.

As crianças consideradas de alto risco terão prioridade no atendimento. Para isto, será definido em reunião de equipe que estas crianças terão vaga imediata na agenda de atendimento e, caso a agenda esteja lotada no dia mais próximo, será atendida como extra. Para identificar essas crianças os prontuários delas terão sinalização com etiqueta colorida e as fichas espelho serão armazenadas em separado das demais, em pasta especial.

A agenda da equipe (médica, de enfermagem e odontológica) será organizada de forma a possibilitar a realização de atividades educativas coletivas, na escola, na UBS, ou em outros espaços. Para isto, serão reservadas duas datas, no período da intervenção, para realização de atividade coletiva. Pretende-se realizar duas atividades coletivas, em dia, turno e horário que sejam adequados à participação da comunidade, especialmente das crianças e seus responsáveis. A equipe providenciará, junto à gestão ou com membros da comunidade, alguns materiais necessários para esta atividade, como equipamento audiovisual, macromodelos das mamas e da arcada dentária, bonecos bebês, cartazes e panfletos com os temas a serem trabalhados, papéis e canetas. Como as atividades poderão ser realizadas em espaço fora da UBS, para não deixar de registrar as mães/responsáveis participantes, a equipe providenciará lista de presença para assegurar-se de quem fez parte das atividades e posteriormente registrará as informações nas fichas espelho.

Engajamento Público

Serão criados panfletos informativos com o objetivo de orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. O assunto será abordado também nas atividades educativas. Estão previstas salas de espera e encontros com café da manhã na UBS para mães e crianças a serem realizadas pelo enfermeiro e médico da equipe. Essas atividades serão realizadas de forma alternadas a cada quinze dias.

Através de atividades educativas como salas de espera, bem como em conversas com as mães nas primeiras consultas do RN, as mesmas serão orientadas sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a atenção à saúde da criança. Além disso, serão fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis sobre o calendário vacinal da criança e sobre a importância da suplementação de ferro entre 6 e 24 meses de idade.

Durante as atividades educativas e as consultas os pais e/ou responsáveis serão informados sobre como ler a curva de crescimento, identificando sinais de anormalidade, e sobre as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. A equipe confeccionará também folhetos informativos com as condutas de cada consulta de puericultura para oferecer aos pais. Nos folhetos informativos confeccionados pela equipe estarão contempladas informações sobre as habilidades que as crianças devem desenvolver em cada faixa etária com a finalidade de informar os pais e/ou responsáveis.

Serão fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis durante as atividades educativas e as consultas sobre a importância da realização do teste auditivo e do teste do pezinho até o sétimo dia de vida, bem como os passos necessários ao agendamento de cada teste.

A comunidade será informada, nas atividades educativas previstas e as mães especificamente nas consultas de puericultura, sobre importância de avaliar a saúde bucal e desta para a manutenção da saúde geral. Será informado ainda sobre a priorização para tratamento das crianças com risco de saúde ou de saúde bucal e sobre a importância do acompanhamento regular pelo profissional de saúde.

A comunidade será orientada, nas consultas individuais e nas atividades educativas, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

A comunidade, especialmente as crianças, seus responsáveis e pessoas da rede de apoio, como avós e tias, serão orientadas durante as atividades educativas sobre formas de prevenção de acidentes na infância, importância do aleitamento materno para a saúde geral e bucal, alimentação adequada para crianças e higiene bucal nas diversas faixas etárias, ressaltando nesta última a importância do cuidado com os dentes decíduos. Os responsáveis pelo cuidado com as crianças nas escolas e creches serão convidados a participar da capacitação da equipe sobre a prevenção de acidentes na infância e sobre higiene bucal, a fim de reforçar as

recomendações para a saúde infantil. Pretende-se buscar o envolvimento de atores sociais (líderes comunitários, envolvidos com associação de mães ou mulheres, professores da escola, etc.) na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças. Para isto, serão convidados a participar da programação das atividades coletivas e também de algumas reuniões de equipe na UBS em que forem discutidos ações e resultados da saúde da criança na área adstrita.

Qualificação da Prática Clínica

A equipe será capacitada sobre o acolhimento à criança e sobre a utilização do protocolo oficial do Ministério da Saúde, orientando que informações devem ser fornecidas às mães e à comunidade em geral sobre o programa. Estão previstos quatro encontros de capacitação, sendo um logo ao início da intervenção, um ao final do primeiro mês, e os outros dois no segundo mês da intervenção, a fim de que os participantes estejam orientados o mais cedo possível para aplicar os conhecimentos nos meses da intervenção. Não será necessário um local especial para estes encontros nem criar espaço na agenda da equipe, pois ocorrerão durante reuniões de equipe. Estas já são realizadas na sala de espera da UBS quinzenalmente.

Para contemplar o eixo de qualificação da prática clínica, no primeiro encontro de capacitação, estará o treinamento para a equipe de enfermagem sobre as técnicas adequadas para realização das medidas e treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento disponíveis no cartão da criança. A equipe será capacitada para acompanhar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o correto preenchimento dos registros.

Nos encontros de capacitação da equipe será abordado sobre a leitura e registro adequados das vacinas ministradas e seu aprazamento, tanto no cartão da criança quanto na ficha espelho, e sobre a importância da suplementação de ferro, de acordo como protocolo do Ministério da Saúde. Para garantir o bom controle dos imunobiológicos e rede de frio, a técnica de enfermagem responsável pela sala de vacina será treinada no primeiro momento de capacitação.

Será incluído um treinamento da equipe sobre o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde, realização dos testes auditivos e do pezinho nos recém-nascidos, identificação dos fatores de risco para morbidade na infância. Os ACS serão treinados para a

identificação das crianças com consultas em atraso, através da caderneta da criança.

A equipe será capacitada, nos encontros de capacitação previstos, sobre a importância da saúde bucal para a saúde geral das crianças de 6 a 72 meses de idade, e consequentemente, da avaliação necessária sobre a saúde bucal das mesmas, a fim de que cada um possa orientar a comunidade sobre o assunto. Serão reforçados ainda o fluxo de atendimento em saúde bucal das crianças e a priorização das crianças de risco no tratamento odontológico.

Antes da realização das atividades coletivas com a comunidade, a equipe será treinada, durante os encontros de capacitação previstos, sobre acidentes na infância e suas formas de prevenção, aleitamento materno e observação da mamada para correção da “pega”, orientações nutricionais adequadas à idade da criança e saúde bucal de crianças de zero a 72 meses de idade.

2.4.1.2 Ações em Saúde Bucal

Monitoramento e Avaliação

Será realizado, através da ficha espelho de saúde bucal da criança, o monitoramento do número de crianças inscritas no programa. Será monitorado mensalmente, na ficha espelho de saúde bucal da criança, o número de crianças de 6 a 72 meses de idade que foram avaliadas quanto à necessidade de tratamento odontológico, o número delas que se encontra em tratamento odontológico e o número das que concluíram o tratamento.

Será monitorada mensalmente na ficha espelho de saúde bucal da criança a frequência da primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes previstas no protocolo (consultas em dia), além dos registros dos atendimentos mensais que são anotados na ficha D da saúde bucal da criança na UBS, a cada fim de mês. Cabe ressaltar que a ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde e serve para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Cada profissional entrega uma Ficha D preenchida ao final do mês. O preenchimento deste instrumento deve ser efetuado diariamente (nos dias efetivos de trabalho de cada mês) sendo que alguns campos desta ficha são específicos para determinadas categorias e apenas os profissionais da respectiva categoria devem preenchê-los.

Serão monitorados os registros de orientação sobre higiene bucal, sobre dieta e sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Organização e Gestão do Serviço

Será usada a ficha espelho disponibilizada no curso para registrar melhor as informações. A ASB (auxiliar de saúde bucal) organizará uma lista com o nome e endereço das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS e uma agenda para as consultas programáticas, disponibilizando vagas diárias para atendimentos de crianças. Os ACS serão mobilizados a organizarem visitas domiciliares às famílias das crianças inscritas no Programa Saúde da Criança da UBS e convidá-las para realizar consultas odontológicas.

A agenda conterá o nome e o contato das crianças que necessitem realizar atendimento odontológico, elas serão identificadas e posteriormente agendadas logo na primeira consulta de puericultura na UBS. Com o objetivo de otimizar o atendimento, os agendamentos serão organizados de forma a coincidir o agendamento da avaliação da necessidade de atendimento odontológico com as consultas de rotina para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança. O gestor será ainda informado e solicitado à compra dos materiais necessários para o atendimento odontológico.

A ASB organizará uma lista com o nome e o contato das crianças que faltaram às consultas odontológicas (primeira consulta odontológica programática e subsequentes). Com essa lista os ACS realizarão visitas domiciliares quinzenais para buscar crianças faltosas. Além disso, serão disponibilizadas duas vagas do atendimento do cirurgião-dentista para acolher as crianças provenientes das buscas.

Os profissionais de saúde preencherão a cada atendimento a folha de acompanhamento (Ficha D usada na UBS) e ao final de cada mês o próprio cirurgião-dentista juntamente com a ASB ficarão responsáveis pelo monitoramento dos registros odontológicos.

O cirurgião-dentista terá papel na orientação sobre higiene bucal e na prevenção de oclusopatias. Já a médica da equipe terá o papel de orientar sobre a dieta e sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.

Engajamento Público

Durantes as consultas serão esclarecidas para a comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos seis meses de idade, além de informá-los sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS.

A comunidade será esclarecida, durante os atendimentos odontológicos, sobre a diferença entre consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Além disso, serão feitas reuniões mensais durante a intervenção com as mães e/ou responsáveis pelas crianças com a finalidade de esclarecer sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação, ressaltando ainda, a importância de se concluir o tratamento.

Serão realizadas atividades educativas já propostas anteriormente com as mães e/ou responsáveis para informar sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança. A comunidade será orientada, através de cartazes colocados no mural da UBS, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Serão feitas reuniões mensais durante a intervenção, propostas anteriormente, na própria UBS com o objetivo de esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal, sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal e sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias das crianças.

Qualificação da Prática Clínica

Serão realizadas reuniões mensais com a equipe para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade.

No início da intervenção o cirurgião-dentista realizará uma reunião na própria UBS com o objetivo de capacitar a equipe para orientar a comunidade e às famílias sobre a importância da realização da primeira consulta odontológica a partir dos seis meses de idade, além de capacitar os ACS para informar às famílias das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS da necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática.

O cirurgião-dentista durante o projeto de intervenção fará reuniões mensais com a equipe na própria UBS, revisando os protocolos de atendimento e que tem

como objetivos: capacitar os ACS a orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico, treinar a equipe e os ACS na orientação sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação e capacitar o cirurgião-dentista e os outros profissionais no manejo da criança, treinar a equipe para identificar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária.

A equipe será capacitada, nos encontros de capacitação já previstos, para identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas, para preencher todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança e para orientar adequadamente sobre higiene bucal, sobre dieta e sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, conforme a idade da criança.

2.4.2 Indicadores

2.4.2.1 Indicadores em Saúde da Criança

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1: Cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde..

Meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 3: Proporção de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 4: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

Meta 5: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 5: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 6: Proporção de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 7: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 7: Proporção de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Numerador: Número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 8: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a 24 meses.

Indicador 8: Proporção de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Numerador: Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 9: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 9: Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida.

Indicador 10: Proporção de crianças que realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Indicador 11: Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 12: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 12: Proporção de crianças faltosas ao programa buscadas.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Meta 13: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças acompanhadas no serviço.

Indicador 13: Proporção de crianças com registros atualizados.

Numerador: Número de crianças com registros atualizados.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 14: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 14: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 15: Fornecer orientações para prevenir acidentes na infância para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

Indicador 15: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 16: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 16: Proporção de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 17: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

Indicador 17: Proporção das crianças que receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 18: Fornecer orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

Indicador 18: Proporção das crianças que receberam orientações sobre higiene de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.4.2.2 Indicadores em Saúde Bucal

Meta 1: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 40% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1: Proporção de crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número total de crianças entre 6 e 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Meta 2: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica e com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica e com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 3: Realizar busca ativa de 100% das crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática.

Indicador 3: Proporção de crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática e que foram buscadas.

Numerador: Número de crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática.

Meta 4: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas subsequentes.

Indicador 4: Proporção de crianças faltosas às consultas subsequentes e que receberam busca ativa.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes e que receberam busca ativa.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes.

Meta 5: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

Meta 6: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 6: Proporção de crianças que receberam orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 7: Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 7: Proporção de crianças que receberam orientação nutricional.

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Meta 8: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 8: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

2.4.3 Logística

Nas intervenções que serão realizadas na Unidade de Saúde Antônio José da Silva será utilizado o Caderno de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Na unidade de saúde os prontuários dos usuários são utilizados como registros, porém, esses prontuários encontram-se incompletos, com falta de dados para o monitoramento necessário da intervenção e para um seguimento contínuo dessas crianças. Como forma de melhorar o registro, será usada a ficha espelho proposta no curso que servirá de roteiro para os atendimentos de puericultura que são realizados tanto pela médica como pelo enfermeiro da equipe. A ficha conterá dados completos de identificação (nome, endereço, idade, filiação, cartão do SUS e telefones para contato) do paciente, triagem neonatal, condições do parto e intercorrências no pré-natal, anamnese (queixa principal, história da doença atual, interrogar sobre sono, eliminações fisiológicas, antecedentes familiares), antropometria (peso, estatura\altura, IMC, perímetro cefálico e curvas de crescimento), exame físico, desenvolvimento neuropsicomotor, imunização, características da situação psicossocial da família com avaliação de risco da criança, realização da suplementação de ferro, realização do aleitamento materno, orientações sobre prevenção de acidentes e higiene bucal.

Estimamos alcançar com a intervenção cerca de 70% das crianças da área adstrita no período de três meses, contudo, estimamos atender inicialmente 40% do público alvo em relação à primeira consulta odontológica programática. Será realizada a impressão das fichas espelho, prontuários, bem como o fornecimento de Cadernetas de Saúde da Criança, em quantidade suficiente para todas. Para o acompanhamento mensal da intervenção, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o atendimento às crianças e o registro específico do programa, primeiramente, os agentes de saúde deverão informar as crianças cadastradas em suas áreas, novas ou já atendidas na UBS. Os prontuários dessas crianças serão procurados e, se existentes, as informações serão também transferidas para a ficha-espelho. Neste momento já serão verificadas as consultas em atraso, vacinas e porventura exames sem resultado. As crianças já atendidas serão agendadas para acompanhamento regular de puericultura, assim como as novas cadastradas pelos ACS, que serão agendadas para primeira consulta. Para isto, será disponibilizado na agenda um dia para o atendimento apenas de crianças.

Um treinamento da equipe sobre o protocolo ocorrerá no início da intervenção, para que todos da equipe possam estar aptos a trabalhar e ajudar do andamento do projeto. Esse treinamento inicial abordará assuntos de puericultura,

em geral, bem como o aperfeiçoamento dos profissionais para atendimento bucal dessas crianças. Além disso, discutiremos sobre os melhores meios de trazer essas crianças ao posto de saúde e as formas de preenchimento da ficha de intervenção. Estão programados ainda mais três encontros para serem abordados os demais assuntos e as pendências que apareceram durante o percurso. Todos os encontros serão feitos no horário de reunião de equipe, que ocorre nas salas da própria UBS, não sendo necessário providenciar outro espaço e horário.

Na UBS não dispomos de espaço para realização das atividades educativas, com exceção das salas de espera. Tais atividades ocorrerão em locais da própria comunidade, como nas escolas, o horário será combinado com a escola e participantes, assim como o dia da semana, de acordo com as possibilidades de ambas as partes. Estes momentos serão planejados na agenda da equipe e com a comunidade com duas semanas pelo menos de antecedência. O material de apoio educativo, como cartazes, papéis, canetas, escovas, e material audiovisual, serão solicitados oficialmente à secretaria de saúde algumas semanas antes de cada atividade. O dia da semana será combinado com as escolas com os objetivos de ampliar a adesão.

Outra ação importante que realizaremos são as visitas domiciliares às famílias dessas crianças faltosas e a primeira consulta a ser realizada até o sétimo dia de vida. As visitas ocorrerão uma vez por semana, havendo um revezamento na ida a cada micro área. Essas visitas serão feitas pela médica, enfermeiro e agente comunitário da área que iremos contemplar no dia. A equipe deverá ter em mãos equipamentos necessários às ações do programa. Os equipamentos indispensáveis serão fita métrica, régua antropométrica e balança devidamente calibrada, que serão providenciados com a gestão.

3 Relatório de Intervenção

A intervenção foi iniciada com atraso, haja vista que foram enfrentados alguns percalços pelo caminho, mas posteriormente as ações ocorreram normalmente seguindo o cronograma. Obtivemos grande apoio da equipe de saúde desde o início da intervenção e a cada semana observava que todos se mostravam mais envolvidos. A gestão também não apresentou qualquer objeção aos pedidos sobre apoio na construção do material usado na intervenção, na compra de alguns materiais, entre outros. Terminamos a intervenção com uma boa aceitação da comunidade e com um balanço positivo das ações.

3.1 Ações previstas e realizadas

Durante a elaboração da Intervenção prevíamos a capacitação dos profissionais, o cadastramento das crianças, a busca ativa dos faltosos, o atendimento clínico, o monitoramento da intervenção, o contato com lideranças comunitárias, a elaboração de material educativo e a realização de ações educativas coletivas e individuais. Todas as ações mencionadas ocorreram, embora tenham acontecido ajustes no cronograma. Realizamos, ainda, visitas domiciliares e reuniões de equipe para discutir os registros, as ações e a evolução da intervenção.

Cabe ressaltar que com a realização das atividades de intervenção a comunidade e as mães estão tomando conhecimento da importância do acompanhamento adequado à suas crianças. Constituem-se de grande importância procurar contornar as dificuldades sendo também importante valorizar o que foi alcançado.

Observamos que após o início da intervenção a equipe encontra-se mais participativa e unida, assim permanece extremamente satisfeita, pois ajudou-se a melhorar a qualidade do trabalho e dos atendimentos da UBS e teve-se a oportunidade de melhorar a qualidade dos atendimentos dessas crianças.

3.2 Ações previstas e não realizadas

As ações estão acontecendo, porém, tive a dificuldade desde o início sobre a possibilidade de realização da triagem auditiva. No município não existe a rotina de ser feito o teste da orelhinha e isso não foi conseguido ainda com a gestão. Devido a

isso, todas as mães são orientadas da importância do teste para que procurem acesso ao exame em municípios próximos e ainda estamos em conversa com a gestão sobre a possibilidade de melhorar esta situação.

3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados

Com relação à coleta de dados e sistematização existiu uma dificuldade inicial já que na Unidade de Saúde muitos prontuários acabaram sendo perdidos e com isso muitos dados de consultas anteriores não foram avaliados, porém, o primeiro passo foi a criação de um arquivo onde colocamos os prontuários das crianças de 0 a 72 meses atendidas na intervenção organizados em ordem alfabética, para evitar uma possível perda. Houve dificuldades no preenchimento das planilhas e cálculos dos indicadores haja vista a não familiaridade com o mesmo, no entanto conseguiu-se compreender satisfatoriamente os indicadores e a análise, de certa forma, foi rápida e de fácil elaboração.

3.4 Incorporação das ações à rotina do serviço

O maior problema encontrado realmente constituiu em conseguir dividir o tempo entre estudos para a prova de residência, intervenção, atividades da especialização como construção das atividades semanais e participação em fóruns. Acredita-se que o esforço e o apoio de toda a equipe tenha sido fundamental para a concretização dessa intervenção.

Para melhorar ainda mais a atenção à saúde no nosso serviço será preciso investir mais na ampliação de cobertura para que com o tempo tenhamos 100% das crianças cobertas. E para que isso aconteça contaremos especialmente com a ajuda dos ACS que aumentarão a busca ativa, realizando visitas às famílias. Além disso, tomando esta intervenção como exemplo, pretendemos implementar o programa para saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, idosos e gestantes na UBS.

Dialogando com a equipe ouviu-se por parte deles que apesar da intervenção para o curso finalizar em três meses, o objetivo da equipe é continuar com o trabalho proposto, e quem sabe, há alguns meses ou anos, já tenhamos a realização da triagem auditiva implantada e eficaz. Além disso, é esperado que o programa continue sendo ofertado com as ações preconizadas em Protocolos e com as melhorias de acordo com as necessidades locais.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu em um período de doze semanas e o público-alvo foram as 178 crianças de zero a 72 meses residentes na área de abrangência da UBS/ESF Antônio José da Silva.

4.1.1 Indicadores – Saúde da Criança

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre 0- 72 meses.

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

No início da intervenção apenas 45 crianças (25,3%) estavam sendo atendidas rotineiramente na UBS. De acordo com a figura 1, a cobertura aumentou, alcançando 78,1% (139/178). Este percentual ultrapassa a nossa meta inicial que era de ampliar em 70% a cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Esse êxito foi possível principalmente devido à implementação de ações propostas como: monitoramento mensal da ficha espelho, cadastramentos das crianças durante visitas domiciliares, criação de panfletos informativos que orientaram a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios e capacitação da equipe sobre o acolhimento à criança.

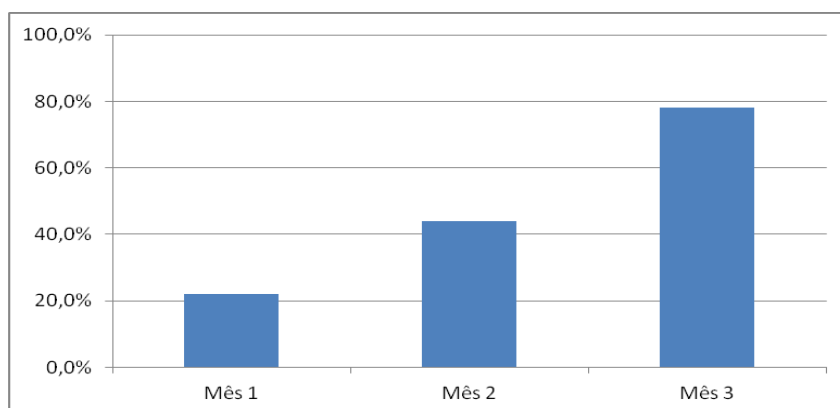


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde da criança na UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças entre 0-72 meses.

Meta 2: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

De acordo com os dados demonstrados na figura 2, apesar de não termos atingido a meta de 100%, conseguimos índices altos sobre as consultas na primeira semana de vida. A proporção de consultas na primeira semana de vida é bem expressiva: mês 1 corresponde a 76,9% (30/39), mês 2 corresponde a 89,7% (70/78) e mês 3 corresponde a 93,5% (130/139).

Algumas crianças atendidas anteriormente à intervenção não receberam a consulta da primeira semana de vida, pois esta ação, por diferentes motivos (falta de conhecimento, falta de transporte, criança oriunda de outras áreas etc.), não foi realizada pela equipe. Ainda assim, é possível considerar alta a proporção de crianças atendidas em seus primeiros dias de vida. Para as crianças nascidas durante a intervenção, foi possível realizar o atendimento precoce devido a criação de uma rotina de visita da equipe de saúde (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista e ACS) às puérperas e seu RN (recém-nascido) na primeira semana de vida, bem como a disponibilidade do carro para realização dessas visitas.

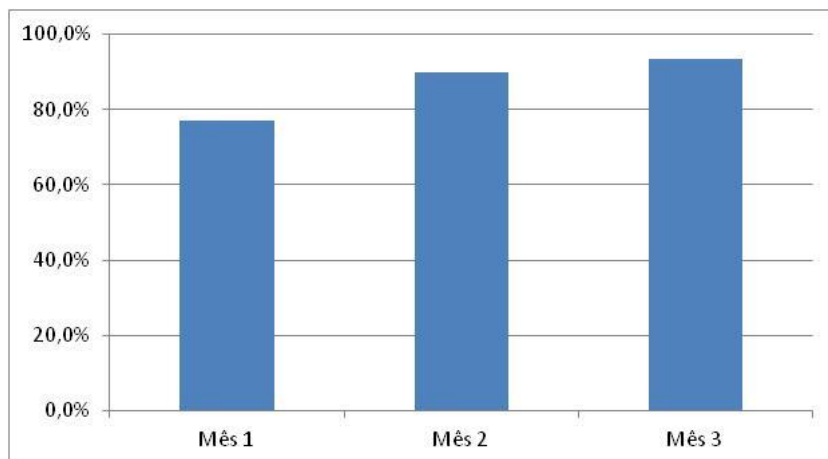


Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 3: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Conforme observamos na figura 3, o monitoramento de crescimento foi de 69,2% (27/39) no primeiro mês de intervenção, 100% (78/78) no segundo mês de intervenção e 99,3% (138/139) no terceiro mês de intervenção.

Observa-se que algumas crianças ficaram sem monitoramento de crescimento adequado, isso ocorreu devido ao fato de algumas crianças serem atendidas em escolas ou mesmo em suas residências, o que dificultou a aferição de medidas antropométricas como peso e altura/estatura pela falta de equipamento; cabe ressaltar que isso não sucedeu pela falta do material na UBS, mas sim porque aproveitamos algumas visitas domiciliares de acamados e idosos e atividades educativas para incorporar algumas crianças que ainda não estavam participando do programa. Como forma de resolver esse problema visando continuar o acompanhamento de tais crianças, foram agendadas consultas na UBS para todas.

Vale ressaltar que a compra e a manutenção de materiais para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) feitas pela gestão foram fundamentais para a realização das ações.

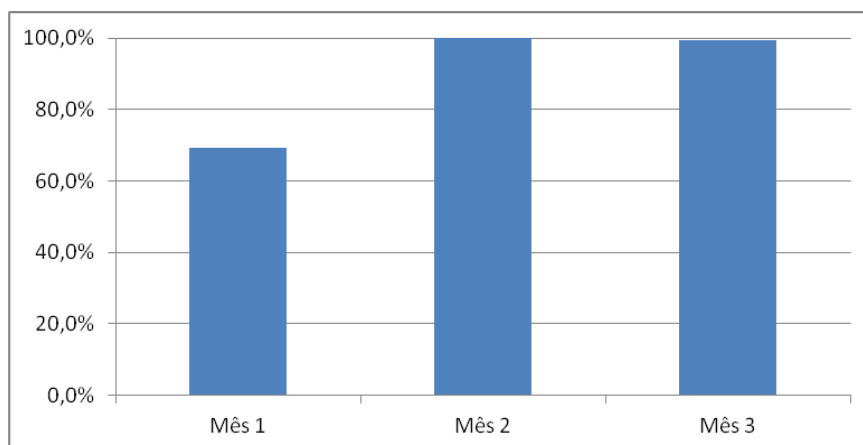


Figura 3. Proporção de crianças com monitoramento de crescimento, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 4: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Durante a execução do projeto de intervenção observou-se a presença de uma criança apenas com déficit de peso. Essa criança recebeu atenção especial com monitoramento clínico e acompanhamento com nutricionista, dessa forma conseguiu-se atingir a meta esperada de 100%.

Para que o único prontuário dessa criança com déficit de peso não se perdesse em meio aos outros prontuários foi fundamental a utilização da identificação desse prontuário com o sistema de alerta, através da colocação de etiquetas vermelhas que alertavam que essa criança necessitava de um acompanhamento mais minucioso.

Meta 5: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Nenhuma criança atendida e avaliada no período da intervenção apresentou excesso de peso, por isso não existem dados sobre esta meta.

Meta 6: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Observando a figura 4 podemos concluir que apenas no mês 1, que corresponde a 74,4% (29/39), tivemos um déficit importante no monitoramento do desenvolvimento dessas crianças comparado aos meses 2 e 3 que tiveram 100% (78/78) e 98,6% (137/139), respectivamente. E isso aconteceu porque como já explicado acima no monitoramento do crescimento das crianças, algumas crianças foram atendidas em escolas e mesmo nas suas residências, o que dificultou esse monitoramento porque não existia espaço adequado para os atendimentos nesses

locais. Como forma de resolver esse problema e para continuar o acompanhamento de tais crianças, assim como no monitoramento do crescimento, foram agendadas consultas na UBS.

Atingimos ótimo alcance desta ação principalmente devido às atividades educativas promovidas e pelas explicações durante as consultas aos pais e/ou responsáveis sobre o desenvolvimento das crianças, além da distribuição dos folhetos informativos confeccionados pela equipe que contemplavam informações sobre as habilidades que as crianças devem desenvolver em cada faixa etária.

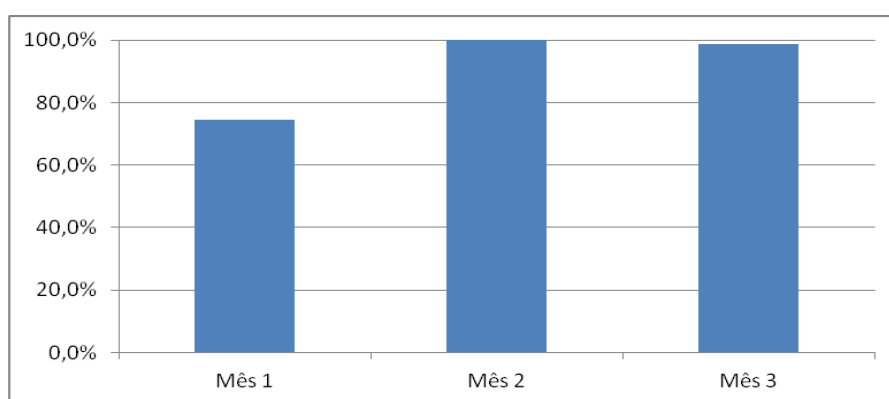


Figura 4. Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 7: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Observando a figura 5 percebe-se que atingimos nossa meta de ter 100% das crianças vacinadas já no segundo mês de intervenção, mantendo esse padrão no terceiro mês.

Para que isso fosse possível foi essencial a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação das mesmas pela gestão e as orientações feitas aos pais e/ou responsáveis sobre o calendário vacinal durante as consultas e nas atividades educativas.

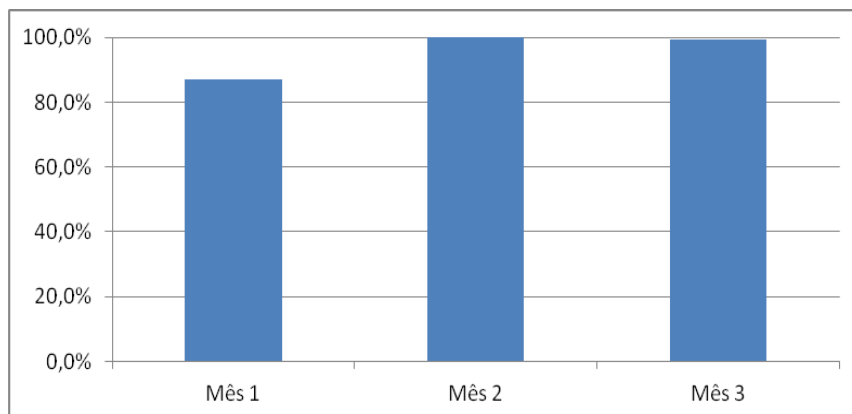


Figura 5. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 8: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a 24 meses.

A suplementação de ferro em nossa UBS foi bastante positiva, conseguimos atingir a meta de realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de seis a vinte e quatro meses, conforme podemos observar na figura 6. E para que isso fosse possível foi essencial a disponibilização do suplemento de sulfato ferroso pela gestão e as orientações feitas aos pais ou responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro em crianças de 6 a 24 meses.

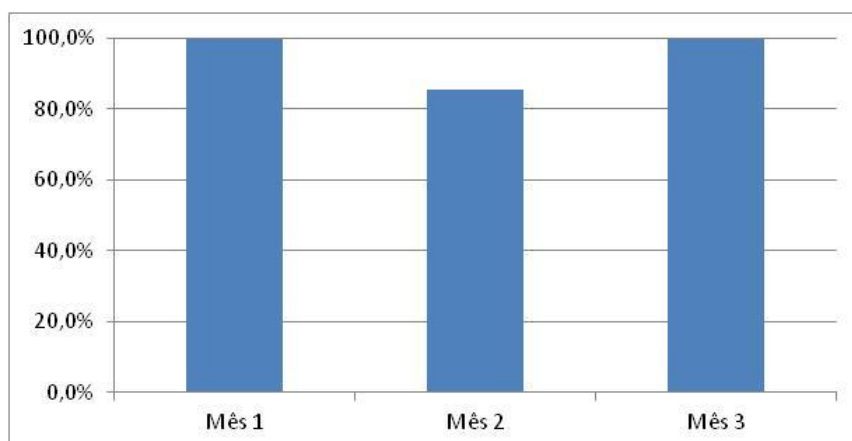


Figura 6. Proporção de crianças de 6 a 24 meses recebendo suplementação de ferro, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 9: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Observamos que apenas uma criança realizou a triagem auditiva (teste da orelhinha) durante a intervenção. É importante ressaltar que essa criança que fez o

teste de triagem auditiva não residia na área na época, ou seja, a mãe teve acesso na cidade em que a criança nasceu. Essa ausência de realização da triagem auditiva já era esperada desde o início da intervenção, porque em Cabeceiras do Piauí o teste não é realizado e a comunidade precisa se deslocar para outros municípios.

Como forma de minimizar esse problema, para todas as crianças atendidas, as mães ou responsáveis foram orientadas sobre a importância da realização do exame que pode detectar perdas precoces que podem influenciar no aprendizado e na linguagem. Além disso, o teste tem a finalidade de prevenir a deficiência auditiva ou até mesmo de remediar, no caso dos bebês que apresentam surdez congênita. Portanto, durante a intervenção, 100% dos pais e/ou responsáveis foram orientados sobre o teste da orelhinha, sua importância e os locais para a realização do exame.

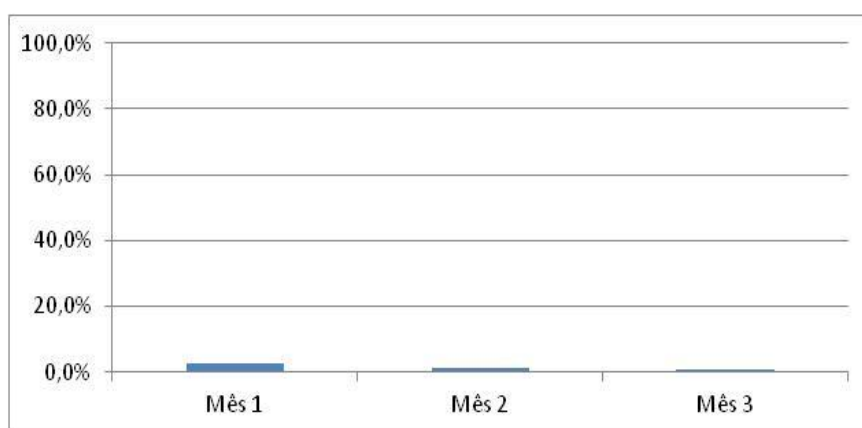


Figura 7. Proporção de crianças que realizaram triagem auditiva, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Meta 10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida.

Durante os meses de intervenção conseguiu-se atingir a meta em realizar o teste do pezinho (teste de triagem neonatal) em 100% das crianças até o sétimo dia de vida. Isso só foi possível porque durante as consultas de pré-natal e na consulta da primeira semana de vida do bebê foram fornecidas orientações aos pais e/ou responsáveis sobre a importância da realização do teste do pezinho até o sétimo dia de vida, bem como os passos necessários ao agendamento do teste na cidade.

É importante frisar que as crianças com sete dias ou mais que foram atendidas durante a intervenção tiveram seus prontuários revisados para verificar a realização do teste até o 7º dia de vida. Em alguns casos, quando não havia registro

em prontuário, a equipe averiguou os registros na caderneta da criança e, em último caso, na ausência de registros escritos, a equipe considerou como informação válida o relato verbal da mãe ou outro adulto responsável pela criança.

Meta 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Os atendimentos foram realizados pela médica e auxiliados por um profissional da enfermagem que ajudou na execução dos exames da cavidade oral, através da visualização direta da cavidade oral e investigação sobre hábitos alimentares. Através dessa triagem, 100% das crianças que tinham alterações dentárias evidentes, bem como aquelas com maus hábitos alimentares e de higiene, foram encaminhadas para consulta com o cirurgião-dentista na UBS.

Dentre as metas da saúde bucal temos: realizar primeira consulta odontológica programática para 40% das crianças de seis a 72 meses. Na planilha de coleta de dados de saúde da criança, os dados referentes a esta meta foram coletados, gerando a seguinte avaliação:

A figura 8 mostra que a meta de 40% não foi somente atingida já no primeiro mês (40,5%), como também foi superada no mês 2 (54,5%) e mês 3 (56,7%). Para conseguir alcançar a meta inicial de 40% foi fundamental priorizar a essas crianças o atendimento com a equipe de saúde bucal. A rotina de agendamento para consulta odontológica será explanada no próximo subitem, quando forem analisados os indicadores da saúde bucal. Além disso, destacam-se as orientações sobre importância de avaliar a saúde bucal nas atividades educativas e nas consultas de puericultura.

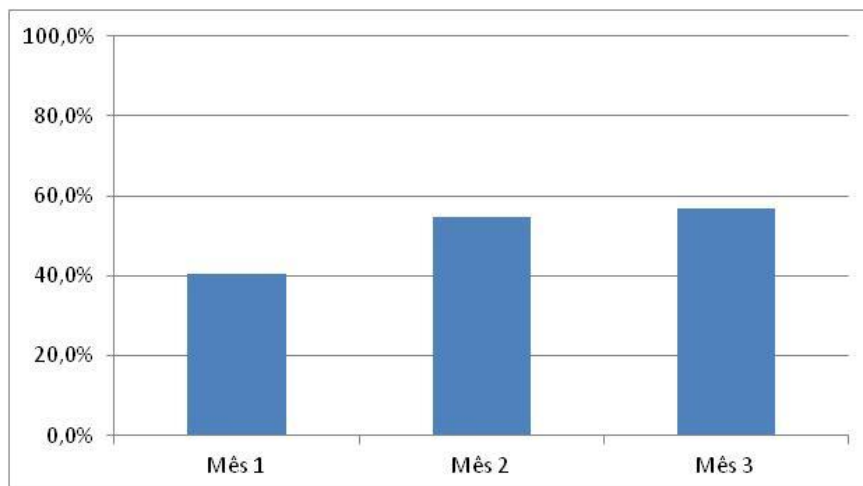


Figura 8. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Objetivo 3 : Melhorar a adesão ao programa de saúde da criança

Meta 12: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas

Durante a intervenção, as crianças que faltaram às consultas receberam a visitas dos ACS que buscavam saber o motivo da falta e agendar uma nova consulta, por esse motivo, no fim da intervenção todas as crianças agendadas haviam procurado a UBS para a realização de suas consultas. O indicador, naturalmente, apresentou algumas variações durante as semanas da intervenção, mas nas datas de fechamento da planilha de coleta de dados, não havia nenhuma criança faltosa. Destaca-se que todas as crianças, a partir do momento em que ingressaram no programa, saíram da UBS com a próxima consulta agendada. A busca por crianças faltosas não aparece no gráfico devido ao momento do fechamento da planilha em que todas estavam em dia.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 13: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças acompanhadas no serviço.

Obtivemos êxito em todos os meses de intervenção, atingimos a meta de 100% na proporção de crianças com registros atualizados. Conseguiu-se atingir essa meta devido ao monitoramento mensal de todos os registros de acompanhamento da criança na unidade de saúde (prontuário, fichas espelho, cartão de vacinação etc.). Além disso, foram fundamentais as capacitações que foram incluídas no treinamento da equipe sobre o preenchimento de todos os

registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde. Houve uma ótima avaliação do indicador.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 14: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Todas as crianças atendidas durante o período de intervenção realizaram avaliação de risco, assim, conseguimos atingir a meta de 100%. Como contribuição para alcançar essa meta ocorreu a capacitação da equipe através de treinamento para identificação dos fatores de risco para morbimortalidade na infância. Além disso, os registros foram corretamente monitorados pela equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 15: Fornecer orientações para prevenir acidentes na infância para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

Meta 17: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses.

Meta 18: Fornecer orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária para 100% das mães de crianças de 0 a 72 meses

Todas as mães e/ou responsáveis pelas crianças atendidas durante o período de intervenção receberam orientações durante as consultas e nas atividades educativas realizadas. Os principais temas abordados foram: formas para prevenir acidentes na infância, alimentação e nutrição e higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária das mesmas.

Meta 16: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Olhando a figura 9 percebemos que a meta de 100% não foi atingida, porém, no mês 3 ultrapassamos os 80% de crianças que foram colocadas para mamar na primeira consulta. Essa ação foi possível porque no município existe uma UBS na zona urbana que funciona como unidade mista sendo lá que todas as mães levam seus bebês para fazer o teste do pezinho. Antes de realizar o exame todas as crianças são atendidas pela enfermeira da unidade e são avaliadas as condições para possibilitar a amamentação.

Tal dado foi coletado perguntando para as mães se receberam orientações de como colocar a criança para mamar. Além disso, procurou-se observar a mamada da criança durante a primeira consulta, em seguida, as mães foram orientadas sobre a forma correta de como colocar a criança para mamar, orientando posição e pega adequada e por fim, enfatizando a importância do aleitamento materno.

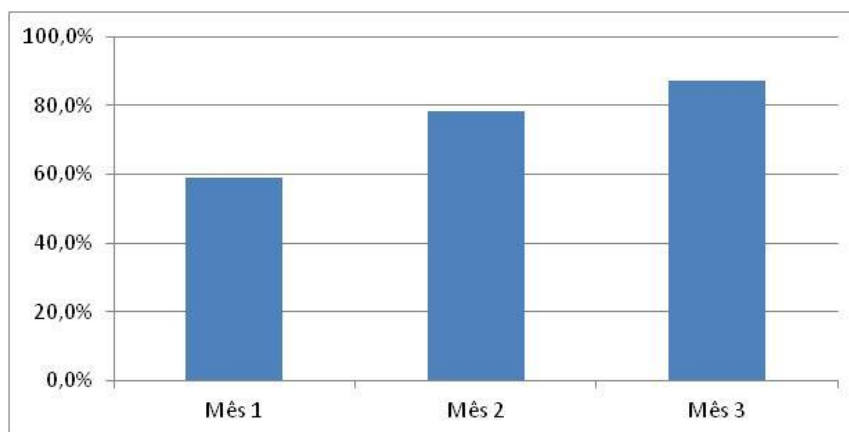


Figura 9. Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

4.1.2 Indicadores – Saúde Bucal

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática das crianças de 6-72 meses.

Meta 1: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 40% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

No início do projeto de intervenção, do total de 123 crianças de seis a 72 meses que fazem parte da área de abrangência da UBS, apenas 22 (17,9%) estavam recebendo atendimento odontológico. Com a implantação do projeto, conforme se vê na figura 10, percebemos que o número de crianças atendidas aumentou para 38,2% (47/123) no segundo mês e para 64,2% (79/123) no terceiro mês.

Uma das ações que mais contribuiu para que fosse atingida a meta foi que durante as consultas a comunidade recebeu esclarecimentos sobre a importância de realizar consulta odontológica programática a partir dos seis meses de idade, além de informá-los sobre o sistema de agendamento das consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS. A

realização do monitoramento através da ficha espelho de saúde bucal da criança e o monitoramento do número de crianças inscritas no programa foram fundamentais para o acompanhamento mensal das crianças inscritas no programa. O atendimento as crianças foi priorizado devido ao interesse e atenção das mães em levarem suas crianças para a triagem e atendimento.

Há diferença entre a proporção de crianças com primeira consulta odontológica programática registrada na planilha de saúde da criança, em que o percentual chegou a 56,7% (76/134), e a cobertura desta ação na planilha de saúde bucal da criança, em que o percentual alcançou 44,38% (79/178). Isso se deve ao fato de que o denominador da primeira planilha considerou o número de crianças de 6-72 meses residentes na área e cadastradas no programa. Já a segunda planilha contabilizou no denominador a estimativa de crianças na faixa etária de 6-72 meses residentes na área.

Nota-se, ainda, que existem três crianças atendidas e cadastradas na planilha de saúde bucal, mas que não constam como atendidas na planilha de saúde da criança. Essa diferença é explicada porque estas três crianças procuraram o serviço de odontologia, mas não compareceram para ações do programa de atenção à saúde da criança. Acontece que devido ao fato de que as mães destas crianças apresentaram problemas pessoais com os ACS, elas optaram por receber atendimento em outras unidades. Não é o ideal, mas é o que acontece.

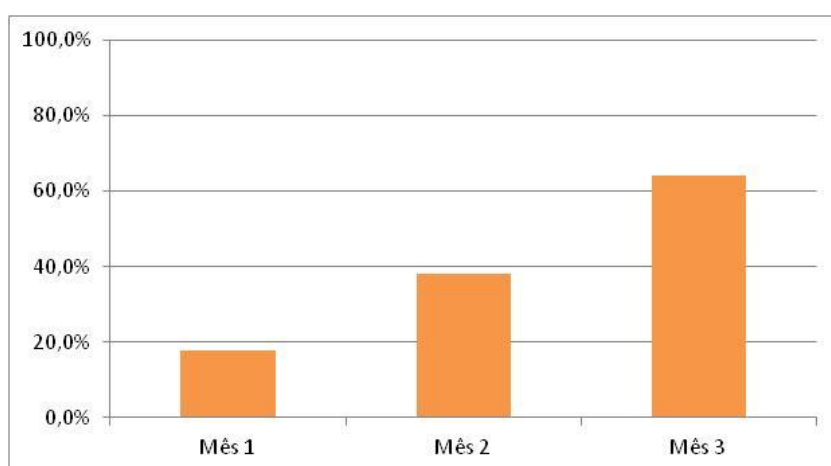


Figura 10. Proporção de crianças que realizaram a primeira consulta odontológica programática, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento odontológico das crianças de 6-72 meses.

Meta 2: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

De acordo com a figura 11, no primeiro mês foi possível atender 59,1% (13/22) das crianças, no segundo mês alcançamos 61,7% (29/47) de atendimentos e no último mês 62% (49/79) das crianças haviam realizado a primeira consulta.

As principais dificuldades enfrentadas foram: a grande quantidade de procedimentos necessários a serem realizados nas crianças em tratamento, pois muitas apresentaram vários problemas em vários dentes, o tempo da intervenção que não foi suficiente para contabilizar os tratamentos completados e a demora em retornar às consultas, interrompendo o tratamento. A equipe percebeu também que existe ainda a cultura de procurar o cirurgião-dentista somente quando há queixa de dor.

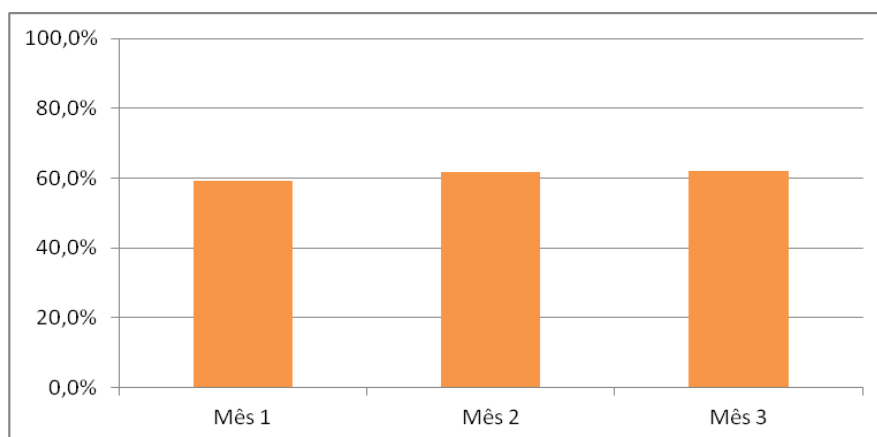


Figura 11. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das crianças ao atendimento odontológico.

Meta 3: Realizar busca ativa de 100% das crianças faltosas à primeira consulta odontológica programática.

Meta 4: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas subsequentes.

Não houve registro de busca às crianças faltosas, acredito que infelizmente tenha sido uma falha da equipe durante a intervenção porque revendo os dados percebeu-se que algumas crianças faltaram consultas subsequentes. Conforme

relatado na avaliação do indicador anterior, houve demora no retorno de algumas crianças, o que gerou prorrogação do tempo de tratamento, porém, pelo fato de ter ocorrido falha nos registros, esses dados não são fidedignos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 5: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Todas as crianças atendidas durante a intervenção tiveram seus registros atualizados. Para que conseguíssemos atingir esta meta foi fundamental o monitoramento dos registros dos atendimentos mensais da UBS, além do treinamento realizado para a equipe sobre o preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Objetivo 5: Promover a saúde bucal da criança.

Meta 6: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática

Meta 7: Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta 8: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Todas as mães e/ou responsáveis pelas crianças atendidas durante o período de intervenção receberam orientações sobre higiene bucal, alimentação e nutrição, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias, seja durante as consultas ou nas atividades educativas realizadas. Foi muito importante a atuação do cirurgião-dentista para o alcance dessas metas.

Um Indicador não previsto no projeto refere-se à proporção de crianças de 6-72 meses, cadastradas no programa e que realizaram fluoroterapia. De acordo com as Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas (PELOTAS, 2013), para os grupos D, E ou F pode-se planejar sessões de fluoroterapia, sendo possível a flexibilização da periodicidade das aplicações em função da reclassificação de risco do indivíduo.

Segundo o guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil, fluoreto vem sendo utilizado como instrumento eficaz e seguro na prevenção e controle da cárie dentária. Desse modo, o fluoreto consiste em um importante elemento

estratégico nos sistemas de prevenção da cárie dentária, quando corretamente aplicado (BRASIL, 2009),

A aplicação de fluoretos em populações não classificadas como de alto risco para cárie se justifica pelo fato da população da cidade onde se localiza a UBS não está exposta à água fluoretada e aos dentifrícios fluoretados regularmente, já que a maior parte da água usada naquela localidade advém de poços que não sofrem tratamento prévio, além disso, a higiene bucal dessas crianças não é satisfatória.

A seguir é possível analisar três indicadores distintos, sendo:

Figura 12: número de crianças que realizaram fluoroterapia em relação ao número de crianças que tinham indicação para o procedimento.

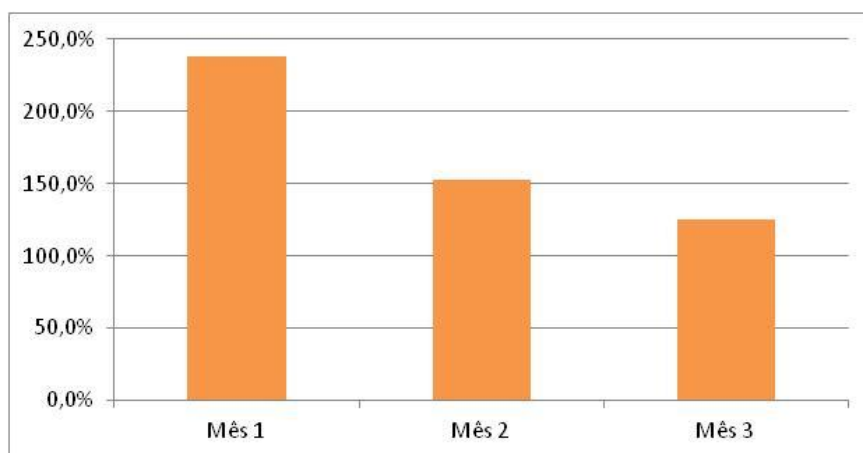


Figura 12. Proporção de crianças de 6-72 meses que realizaram fluoroterapia, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Figura: 13: número de crianças que foram consideradas como de alto risco para cárie na primeira consulta odontológica programática.

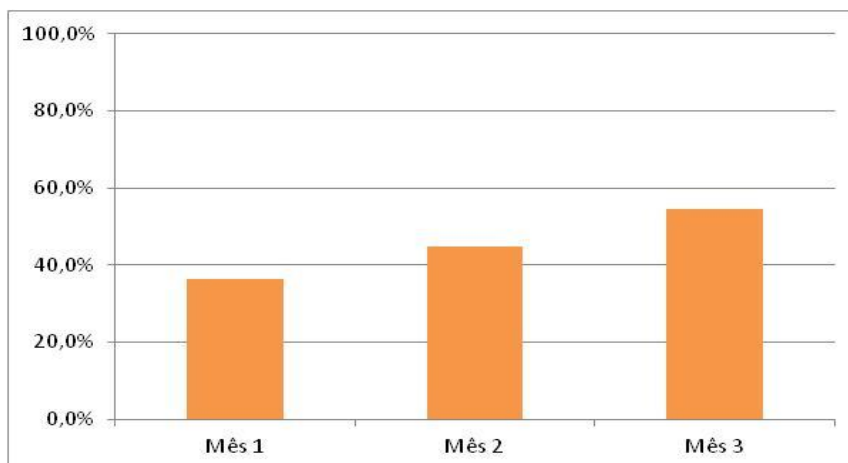


Figura 13. Proporção de crianças com primeira consulta odontológica programática que foram classificadas como de alto risco para cárie (D,E,F), UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Figura 14: número de crianças que realizaram a primeira consulta odontológica programática e receberam fluoterapia.

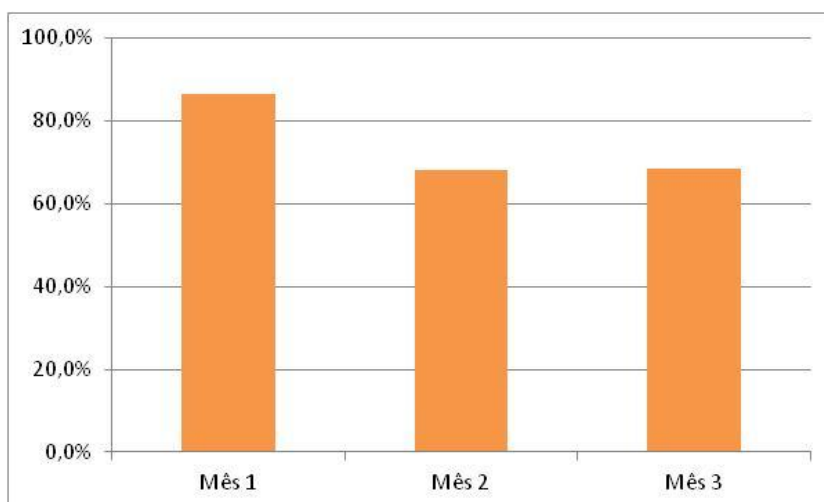


Figura 14. Proporção de crianças de 6-72 meses que realizaram a primeira consulta odontológica e receberam fluoterapia, UBS/ESF Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Observamos na figura 12 que em todos os meses de intervenção houve um percentual superior a 100% do número de crianças que realizaram fluoterapia em relação ao número de crianças que tinham indicação para o procedimento, isso aconteceu porque mesmo as crianças não classificadas como de risco para cárie (D, E ou F), receberam aplicação tópica de flúor como forma profilática já que a taxa de incidência/prevalência de cárie nessas crianças, de uma forma geral, foi considerada alta pela equipe de saúde bucal. Tal fato pode ser observado na figura 13, onde no

final da intervenção temos mais da metade (54%) das crianças atendidas consideradas de alto risco para cárie.

Na figura 14 temos a proporção de crianças de 6-72 meses que realizaram a primeira consulta odontológica e receberam fluorterapia profilática, uma vez que existem situações próprias da nossa comunidade que já foram descritas, como a ausência de tratamento na água usada pela grande maioria das famílias adstritas à UBS e a higiene bucal irregular e inadequada.

Cabe ressaltar que essas aplicações profiláticas são acompanhadas de um programa preventivo, sendo parte integrante da fase de educação, motivação e conscientização da criança quanto à importância da saúde oral, controle da dieta, higienização correta e profilaxia profissional periódica.

4.2 Discussão

4.2.1 Importância da intervenção para a equipe

Durante o projeto de intervenção percebi o aumento do entrosamento de todos os profissionais de saúde que fazem parte da UBS Antonio José da Silva. Com o decorrer do andamento do projeto os profissionais ficaram mais motivados e comprometidos, afinal uns dependem dos outros, e todos são responsáveis pelas falhas e pelo sucesso. Todos compreenderam que o trabalho em equipe deixa todos mais fortes e que o trabalho em equipe é união e amizade em prol de um bem e de um objetivo comum, por isso é muito mais nobre do que uma batalha individual.

É importante salientar que engajar as equipes assistenciais e promover o relacionamento entre os colaboradores de uma instituição de saúde podem não ser tarefas fáceis, no entanto, essas tarefas são fundamentais para a promoção de uma assistência de boa qualidade e valorização dos profissionais. Afinal, o quadro assistencial é o maior contingente da instituição de saúde e precisa ser visto como o cartão de visitas. E isso foi proporcionado pela implantação da intervenção.

4.2.2 Importância da intervenção para o serviço

A intervenção melhorou a qualidade da assistência à saúde das crianças de 0 a 72 meses adstritas à área da UBS. Além disso, ele proporcionou mais confiabilidade da população com a relação ao serviço de saúde prestado a essas crianças pelos profissionais da UBS. Acontece que essa relação de confiança é uma

conquista diária através de muita conversa e integração. Por isso, tudo o que foi construído até hoje deve ser valorizado, mantido e melhorado.

4.2.3 Importância da intervenção para a comunidade

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade em geral, porém, as mães cujos filhos foram atendidos na intervenção demonstraram satisfação no consultório com a atenção especial que foi dispensada a elas e a seus filhos durante essas 12 semanas de intervenção. Cabe ressaltar ainda que em algumas situações cujos atendimentos foram priorizados outros membros da comunidade, também usuários da UBS, demonstraram insatisfação na sala de espera da UBS, pois desconheciam o real motivo desta priorização.

Apesar da ampliação para mais de 70% da cobertura do programa ainda temos muitas crianças sem o atendimento esperado. Além disso, dentre as crianças cadastradas, 99,3% foram monitoradas em relação ao crescimento; 98,6% quanto ao desenvolvimento; 100% receberam suplementação de ferro; e 100% receberam avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico. Desta forma, é possível evidenciar que o planejamento, a organização e o empenho de toda equipe e a participação da comunidade foram essenciais para o alcance dessas metas.

4.2.4 Reflexões em relação à intervenção

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivesse sido discutido a respeito das atividades que desenvolvia na especialização com a equipe. É importante ressaltar que a intervenção só ganhou força quando a equipe de saúde já estava bem integrada, por isso, acredita-se que antes de ter iniciado a intervenção teria sido fundamental a realização de atividades educativas na UBS que acrescesse a integração da equipe. Isso teria ajudado muito para que a equipe superasse algumas das dificuldades encontradas durante a intervenção. Com essa discussão prévia, a equipe também teria mais tempo para divulgar o projeto.

Acredita-se que faltou, ainda, uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar os atendimentos, dessa forma evitaríamos alguns dos constrangimentos que aconteceram na sala de espera da UBS.

Além disso, antes de dar início teria solicitado da gestão armários novos para a UBS, para que todo o material do projeto de intervenção tivesse local apropriado

para ser arquivado e assim, fosse mais fácil a sua localização. Isso seria necessário porque o local onde os prontuários estão guardados já se encontra superlotado e isso dificulta muito a localização dos mesmos. Os armários para guarda de prontuários foram solicitados e o gestor nos deu um prazo de sessenta dias para entrega dos mesmos.

Para melhorar ainda mais a atenção à saúde no nosso serviço será preciso investir mais na ampliação de cobertura para que com o tempo tenhamos 100% das crianças cobertas. E para que isso aconteça contaremos especialmente com a ajuda dos ACS que aumentarão a busca ativa, realizando visitas às famílias. Além disso, tomando esta intervenção como exemplo, pretendemos implementar o programa para saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, idosos e gestantes na UBS.

Nos momentos finais da intervenção foi unanimidade a ideia da incorporação das ações à rotina do serviço; a intervenção foi de grande importância, sendo viável já que todos perceberam melhoras na rotina de atendimento a essas crianças. Além disso, durante a intervenção percebeu-se que algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de alguns indicadores. Para sanar esse impasse será realizada a adequação das fichas das crianças de 0 a 72 meses para monitorar todos os indicadores previstos inicialmente.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Senhor Secretário Municipal de Saúde,

Foi realizado entre os meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2014, uma intervenção na UBS Antônio José da Silva, cujo objetivo inicial era de melhorar a qualidade do atendimento à saúde da criança.

Contei com a ajuda de todos os profissionais que fazem parte da equipe da referida UBS. Fazer parte dessa equipe foi muito gratificante, pois mesmo com todos os percalços encontrados no caminho, conseguiu-se com a ajuda de toda a equipe desenvolver as ações propostas para a nossa intervenção. No dia-a-dia da implantação foram adquiridas experiências novas, compreenderam-se as principais necessidades de pessoas carentes do interior.

A intervenção foi baseada na melhoria da qualidade à assistência à saúde de crianças de 0 a 72 meses que residiam na área de abrangência da UBS. Fazendo

um levantamento inicial vimos que existiam 178 crianças nessa faixa etária, porém, apenas uma pequena parcela dessas crianças fazia acompanhamento na UBS, sendo a cobertura inicial de 30,3% (54/178) dessas crianças. O objetivo inicial da intervenção era de ampliar essa cobertura para 70%, no entanto, com o desenvolvimento das ações conseguimos cadastrar 139 crianças, alcançando 78,1% (139/178) de cobertura, conforme pode ser visto na figura abaixo.

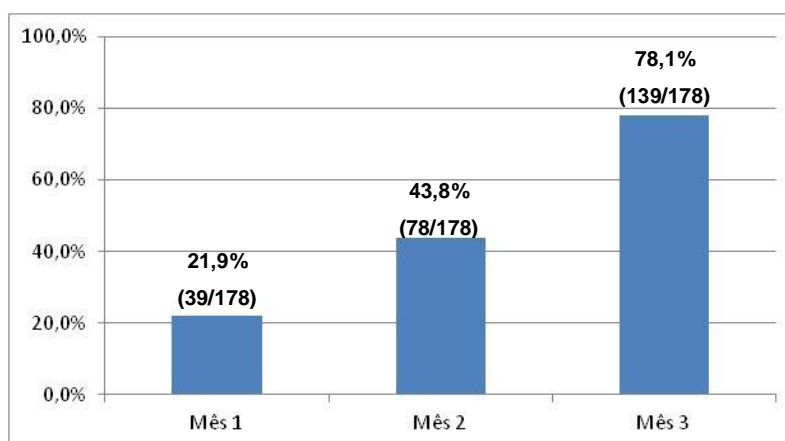


Figura 1: gráfico com a cobertura de atendimento do programa de saúde da criança na UBS Antônio José da Silva, Cabeceiras do Piauí, PI, 2014.

Dentre as 139 crianças cadastradas, já no final do segundo mês, conseguimos alcançar a meta de 100% das crianças avaliadas em relação ao seu crescimento e desenvolvimento. No primeiro mês não conseguimos avaliar todos porque em alguns casos o atendimento era feito em domicílio ou em locais públicos, sem acesso aos materiais e insumos necessários à avaliação. Todas as mães e/ou responsáveis pelas crianças atendidas durante o período de intervenção receberam orientações durante as consultas e nas atividades educativas realizadas. Os principais temas abordados foram: formas para prevenir acidentes na infância, alimentação e nutrição e higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie de acordo com a faixa etária das mesmas.

Esse êxito deve-se pelo empenho de toda a equipe. Além disso, o apoio da gestão, de forma geral, foi fundamental para a implantação da intervenção já que sempre estiveram à disposição para ajudar, oferecendo apoio na medida do possível, como na compra de materiais como balança, fita métrica e régua antropométrica, por exemplo. Ressalto ainda o apoio na disponibilização de transporte para visitas, para as reuniões com os líderes da comunidade e ainda para

as atividades educativas que foram realizadas nas escolas, no fornecimento do sulfato ferroso para a suplementação de ferro e na agilidade para o conserto de alguns aparelhos odontológicos.

Ressalto que algumas modificações precisam ser feitas como forma de melhorar tanto a qualidade da assistência das crianças como da população em geral. Essas modificações estão relacionadas à ampliação da UBS com a construção da sala de reunião, ampliação da sala de espera, ampliação de consultórios, acessibilidade aos cadeirantes e construção de sala de vacina, já que estas são realizadas na sala de curativos e não são armazenadas na própria UBS, o que dificulta a realização das vacinas, pois como são armazenadas em outra UBS que fica na zona urbana da cidade, elas são transportadas para a UBS do Povoado São Bento apenas uma vez por semana e por vezes as mães vacinam suas crianças atrasadas, aguardando o dia do transporte já que não dispomos de vacina em estoque.

Outro dado que merece atenção da gestão é a disponibilidade da realização do teste da orelhinha (teste de triagem auditiva) que ainda não é realizado no município, acredita-se que com dedicação poderá ser implementado devido a importância deste na detecção de problemas auditivos, tendo como finalidade prevenir a deficiência auditiva ou até mesmo de remediar, no caso dos bebês que apresentam surdez congênita.

Apesar dos problemas enfrentados obtive uma excelente experiência na intervenção e consegui, juntamente com equipe, melhorar a qualidade da assistência às crianças, portanto, espero que a gestão e toda a equipe continuem com as ações desenvolvidas ao longo desta intervenção e que novas ações sejam desenvolvidas para o bem da população.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Senhores moradores da comunidade São Bento,

Gostaria de informá-los que ao dar início ao trabalho como médica da equipe da UBS Antônio José da Silva, imediatamente pude observar a pequena quantidade de consultas de crianças e notar que a grande maioria das mães e/ou responsáveis das crianças só procurava a UBS em caso de adoecimento. Percebi que não havia um acompanhamento eficaz e satisfatório das crianças que aqui residiam. Esse foi o

principal motivo da escolha do tema para o projeto de intervenção elaborado durante o curso de especialização em saúde da família que realizo.

Com o desenvolvimento do meu trabalho, nas consultas diárias, percebi que os responsáveis não levavam seus filhos para as consultas principalmente pelo fato de desconhecerem a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seus filhos. Com o andamento da intervenção que foi implantada muitos pais e/ou responsáveis tiveram a oportunidade de aprender e compreender que para um bom crescimento e desenvolvimento de uma criança, é preciso compreender que em cada fase da vida existe um marco de crescimento e desenvolvimento que é característico e precisa ser avaliado também dentro de casa.

Na nossa área temos um total de 178 crianças com idade entre zero e 72 meses. Essa faixa etária é considerada prioritária para as ações em saúde da criança, pois é nessa fase que acontecem muitas das doenças e dos agravos (acidentes domésticos, por exemplo). Além disso, nessa idade a criança está aprendendo muitas coisas e o que ela aprende na infância será importante para o resto da vida.

Durante os três meses da intervenção, cadastramos 139 crianças, quase 80% da população residente na área da Unidade de Saúde. Nos próximos meses vamos continuar trabalhando para que todas as crianças estejam devidamente cadastradas na UBS. Todos os pais e/ou responsáveis dessas 139 crianças foram orientados sobre formas para prevenir acidentes na infância, alimentação e nutrição, higiene da boca e prevenção de cárie.

Destaco a importância que tem o vínculo da comunidade com os profissionais da Unidade de Saúde. O êxito da intervenção deve-se principalmente ao processo de interação que existiu entre profissionais de saúde, líderes comunitários e pais e/ou responsáveis pelas crianças, já que a comunicação entre todos ajudou muito na divulgação das ações, no comparecimento das pessoas nas atividades realizadas na UBS, na procura pelas consultas, entre outros.

Levando em consideração tudo o que foi exposto, agradecemos a todos da comunidade São Bento e contamos com a ajuda de todos para dar continuidade às ações, melhorando cada vez mais a qualidade dos serviços prestados.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do meu trabalho na UBS Antonio Jose da Silva percebi a necessidade de uma melhoria na qualidade da assistência prestada àquela população carente. Além disso, antes do início do desenvolvimento da intervenção acreditei que seria difícil e complicado. Porém, com o desenvolvimento das atividades, semana a semana, percebi que apesar das dificuldades enfrentadas o aprendizado adquirido seria extremamente proveitoso e cada tempo dispensado necessário ao desenvolvimento das atividades foi aproveitado.

Aprendi a valorizar a verdadeira relação médico-paciente. Relação esta que, apesar dos inúmeros avanços tecnológicos, continua com papel de destaque no tratamento das patologias. Sem sombra de dúvida, podemos afirmar que o sucesso de um tratamento depende, em grande parte, da inter-relação que se estabelece entre os dois indivíduos.

Além disso, com o projeto de intervenção e com meu trabalho diariamente aprendi na prática a importância de um trabalho em equipe, haja vista que para o bom andamento da intervenção todos os profissionais da Unidade estiveram empenhados e unidos em um só objetivo.

Ressalto que as longas noites de pesquisa e estudo afim de colocar a intervenção em prática trouxeram conhecimentos que auxiliaram no dia-a-dia da atividade profissional bem como no aprimoramento dos meus conhecimentos médicos.

Convivi com situações que, regra geral, não fazem parte da minha realidade e assim foi possível aprender que gestos simples são fundamentais para um bom relacionamento. Um exemplo foi o atendimento de crianças em escolas com situações precárias, onde tivemos que driblar com criatividade a falta de energia durante nossas atividades educativas. Ver as faces daquelas crianças felizes e interessadas em aprender foi muito gratificante.

Portanto, considero ter ganhado não só conhecimento no campo profissional, mas também conhecimento pessoal que me tornou mais humana. Levarei essa experiência e esse aprendizado em cada trabalho que realizarei.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia de recomendações para uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Caderno de Atenção Básica n.33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220205>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde. Supervisão de Saúde Bucal. **Diretrizes da Saúde Bucal de Pelotas**. Pelotas, 2013. Disponível em <<http://www.pelotas.rs.gov.br/saude/saude-bucal.php>>. Acesso em novembro de 2014.

Anexos

Anexo A

Ficha Espelho – Saúde da Criança – Frente



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE PRÉ-NATAL
FICHA ESPELHO

Exames laboratoriais								
	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Tipagem sanguínea								
Fator Rh								
Coombs indireto*								
Hemoglobina								
Glicemia de jejum								
VDRL								
Anti-HIV								
IgM Toxoplasmose								
IgG Toxoplasmose								
HBsAG								
Anti-Hbs*								
Exame de urina								
Urocultura								
Antibiograma sensível a*								
Exame da secreção vaginal*								
Exame para detecção precoce câncer de colo de útero*								
Outros								

Ecografia obstétrica						
Data	IG DUM	IG ECO	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Atenção ao puerpério

Data do parto: ____/____/____ Local do parto: _____ Tipo de parto: () vaginal sem episiotomia () vaginal com episiotomia () cesariana.

Se parto cesáreo, qual a indicação? _____ Alguma intercorrência durante o parto? () Sim () Não.

Se sim, qual? _____ Peso de nascimento da criança em gramas _____. A criança está em AME? () Sim () Não

Consulta puerperal					
Data					
Pressão arterial					
Fluxo sanguíneo					
Exame das Mamas					
Exame do perineo					
Avaliação da mamada durante a consulta					
Método anticoncepcional					
Sulfato ferroso					

Ficha Espelho – Saúde da Criança – Verso



Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE PRÉ-NATAL
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/___ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/___
Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
Nº SISPre-natal: _____ Anos completos de escolaridade _____ Ocupação _____
Cor da pele () Amarela () Branca () Indígena () Negra () parda () Não Informada Estado civil/união: () casada () estável () solteira () outra
Gesta: ___ Peso anterior a gestação ___ kg Altura ___ cm Tabagista? sim () não () Alguma comorbidade? sim () não () Qual? _____

Informações de gestações prévias

Nº de nascidos vivos ___ Nº de abortos ___ Nº de filhos com peso < 2500g ___ Nº de filhos prematuros ___ Nº partos vaginais sem fórceps ___ Nº de partos vaginais com fórceps ___
Nº de episiotomias ___ Nº de cesareanas ___ Realizou consultas de pré-natal em todas as gestações? () Sim () Não Data do término da última gestação: ___/___/___
Alguma comorbidade? sim () não () Qual? _____

Informações da gestação atual

DUM ___/___/___ DPP ___/___/___ Trimestre de início do pré-natal: ___ Data da vacina antitetânica: 1ª dose ___/___/___ 2ª dose ___/___/___
3ª dose ___/___/___ Reforço ___/___/___ Data da vacina Hepatite B: 1ª dose ___/___/___ 2ª dose ___/___/___ 3ª dose ___/___/___
Data da vacina contra Influenza: ___/___/___ Data da 1ª consulta odontológica ___/___/___

Consulta de Pré-natal											
Data											
Id.gest.(DUM)											
Id.gest.(ECO)											
Pres. Arterial											
Alt. Uterina											
Peso (kg)											
IMC (kg/m ²)											
BCF											
Apresent. Fetal											
Exame ginecológico*											
Exame das mamas*											
Toque**											
Sulfato ferroso?											
Ácido fólico?											
Risco gestacional***											
Orientação nutricional											
Orientação sobre cuidados com o RN											
Orientação sobre AME											
Orientação sobre tabagismo											
álcool/drogas e automedicação											
Orientação sobre higiene bucal											
Data prox.consulta											
Ass. Profissional											

* Obrigatório na primeira consulta. Após, conforme a necessidade. ** Toque: conforme as necessidades de cada mulher e a idade gestacional. *** Baixo ou alto risco conforme recomendação do Ministério da Saúde

Anexo B

Ficha Espelho – Saúde Bucal



SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento ____/____/____
 Endereço: _____ Telefones de contato: _____/_____
 Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

Consulta odontológica na UBS								
Data								
Idade (meses)								
Avaliação clínica individual (ver quadro)								
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)								
Lábios e mucosas (normal/alterado)								
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)								
Língua (normal/alterada)								
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)								
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)								
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)								
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)								
Caracterização das consultas (ver quadro)								
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)								
Urgência odontológica (sim/não)								
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)								
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)								
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento								
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)								
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)								
Tratamento odontológico concluído (sim/não)								
Data prevista da consulta de retorno								
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)								
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)								
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)								
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)								
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)								
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)								
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)								
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)								
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)								
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)								
Assinatura do profissional								

Planilha de Coleta de Dados – Saúde da Criança

Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde



Considere o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver

Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde	
Menores de 12 meses	0
De 12 a 24 meses	0
De 25 a 72 meses	0
Total de crianças entre zero e 72 meses	0



Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.



Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.

[illegible]

Planilha de Coleta de Dados – Saúde Bucal

Número total de crianças entre 6 e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde




População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde	
Entre 6 e 11 meses	0
De 12 a 24 meses	0
De 25 a 72 meses	0
Total de crianças entre zero e 72 meses	0

[illegible]

Anexo E

Documento de Aprovação do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	